

X LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN Y FORMACION SANITARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

X Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

X Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria

Fecha de publicación: 11 de octubre 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: 978-84-19560-90-2

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO, ANA ISABEL PÉREZ EGEA, MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA Y FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO	1
2	ASPERGILOSIS INVASIVA: UNA REVISIÓN FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO, MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO, MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA Y ANA ISABEL PÉREZ EGEA	5
3	EL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PALIATIVO LAURA MÍNGUEZ CUBERO, NIEVES HEREDIA ALONSO Y MARTA GARCÍA CUÉLLIGA	9
4	USO DE MIEL EN LOS CUIDADOS DE HERIDAS VANESSA ZUHEROS CORTECERO, INMACULADA GÁMEZ MURILLO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ	25
5	EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y SU RELACIÓN CON EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO ADELA CUENCA ARANDA, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE, NOELIA VALVERDE BAEZA, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS Y EMMA MARTÍN MAÑAS	29
6	ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE	37

7	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA PRUEBA DEL TEST DE ALIENTO TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE	41
8	ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENDOCRINAS Y METABÓLICAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE	45
9	CAMBIO DE CÁNULA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ADELA CUENCA ARANDA, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE, NOELIA VALVERDE BAEZA, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS Y EMMA MARTÍN MAÑAS	49
10	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN DEL PACIENTE ANCIANO EN ENFERMERÍA. ESCALA BVD/BARTHEL LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN	53
11	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO. TEST DE APGAR EN ENFERMERÍA LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN	59
12	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: RECUERDO SOBRE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA (MANTOUX) PARA ENFERMERÍA LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN	63

13	TERAPIA ESPEJO Y REALIDAD VIRTUAL COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA EL DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES AMPUTADOS ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, JUAN GARCÍA GALÁN, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ, LAURA BALLESTEROS JEREZ Y PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ	67
14	RECOGIDA E INTERPRETACIÓN DE DIFERENTES TIPOS DE MUESTRAS VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ	81
15	EMBARAZO GEMELAR MONICA VIDAL ARENAS, MARIA GARCIA GONZALEZ Y CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ	85
16	LA DESHUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS SERVICIOS ESPECIALES INMACULADA GÁMEZ MURILLO, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ	95
17	PREECLAMPSIA: DEFINICIÓN, SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO ANA PILAR SALINAS ARMERO	101
18	ATENCIÓN DE PARTO EN AGUA MARIA GARCIA GONZALEZ, MONICA VIDAL ARENAS Y CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ	107
19	EBE: EXTRACCIÓN DE SANGRE ARTERIAL CON ÁNGULO DE 90° O DE 45° AITOR JAVIER FERRER SÁEZ	113
20	INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ROCIO IBAÑEZ GARCIA, SARA MARTINEZ HUERTA, ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, IRENE LÓPEZ LENCINA Y JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO	117

21	EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ROCIO IBAÑEZ GARCIA, SARA MARTINEZ HUERTA, ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, IRENE LÓPEZ LENCINA Y JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO	123
22	ESTUDIO DE ENFERMERÍA SOBRE LA EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS ROCIO IBAÑEZ GARCIA, SARA MARTINEZ HUERTA, ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, IRENE LÓPEZ LENCINA Y JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO	129
23	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON ANEMIA FRENTE A LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA MARÍA GARCÍA ROMÁN, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, CLARA COMPANY GARCÍA Y NURIA GOMEZ JARILLO	135
24	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: CUIDADOS INTENSIVOS AL PACIENTE CRÍTICO MARÍA GARCÍA ROMÁN, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, CLARA COMPANY GARCÍA Y NURIA GOMEZ JARILLO	139
25	CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MARÍA GARCÍA ROMÁN, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, CLARA COMPANY GARCÍA Y NURIA GOMEZ JARILLO	143
26	EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO AROA ALONSO SILLERO, CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ, OLGA FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ Y NATALIA CABAÑAS SESEÑA	147

27 EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y LA ATENCIÓN ENFERMERA	
MIGUEL DAMAS UREÑA, AINHOA GARCIA SERRANO, PATRICIA NAVARRO FUENTES, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE	151
28 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO	
MIGUEL DAMAS UREÑA, AINHOA GARCIA SERRANO, PATRICIA NAVARRO FUENTES, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE	155
29 PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACIÓN PRIMARIA	
PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y INMACULADA GÁMEZ MURILLO	159
30 ENFERMERÍA Y LA RELACIÓN HELICOBACTER PYLORI CON LA DISPEPSIA	
CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO Y CELIA CARRETERO PÉREZ	165
31 FISIOPATOLOGÍA DE LOS POLITRAUMATISMOS PARA ENFERMERÍA	
CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, CELIA CARRETERO PÉREZ, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ Y SHEYLA CARRETÓN CASTILLO	171
32 ENFERMERÍA HABLA SOBRE ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	
CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO Y CELIA CARRETERO PÉREZ	175
33 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, IRENE PÉREZ CARDENAL Y RUTH AZORÍN SOLER	181

34	BENEFICIOS DEL CONOCIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EXTRAVASACIÓN DE UN CITOSTÁTICO IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, IRENE PÉREZ CARDENAL Y RUTH AZORÍN SOLER	185
35	CONOCIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE OXIURIOS IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, IRENE PÉREZ CARDENAL Y RUTH AZORÍN SOLER	189
36	AYUNO INTERMITENTE PARA TRATAR LA OBESIDAD EN CONSULTA DE ENFERMERÍA NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN	193
37	ENFERMERÍA ANTE EL MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN	197
38	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN	201
39	ESTIGMATIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HACIA LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA LAURA BALLESTEROS JEREZ, ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ Y JUAN GARCÍA GALÁN	205
40	LA INTEGRACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PRÁCTICA ENFERMERA JESÚS BALLESTEROS MARTIN	221

41	ENFERMERÍA HOLÍSTICA: LA CONEXIÓN ENTRE CUERPO, MENTE Y ESPÍRITU EN EL CUIDADO HOSPITALARIO JESÚS BALLESTEROS MARTIN	231
42	NUEVAS AMENAZAS Y DESAFÍOS: ENFRENTANDO PANDEMIAS EN EL SIGLO XXI JESÚS BALLESTEROS MARTIN	237
43	LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PATRICIA CALVO GUZMÁN, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN Y YOLANDA PADILLA GARCÍA	241
44	TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE MAMA ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, AIXA CASILDAS GÓMEZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO Y CAROLINA CAMPOS PÉREZ	245
45	ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA Y LOS PROBLEMAS DE ALGUNOS PACIENTES A CAUSA DEL PROCESO DE MEDICACIÓN PATRICIA CALVO GUZMÁN, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN Y YOLANDA PADILLA GARCÍA	249
46	TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, AIXA CASILDAS GÓMEZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO Y CAROLINA CAMPOS PÉREZ	253
47	EL PROCESO DE ALIVIO DE ANSIEDAD Y DOLOR EN LAS VACUNAS A PACIENTES PEDIÁTRICOS PATRICIA CALVO GUZMÁN, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN Y YOLANDA PADILLA GARCÍA	257

48 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON MELANOMA ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, CAROLINA CAMPOS PÉREZ Y AIXA CASILDAS GÓMEZ	261
49 OBESIDAD INFANTIL DE 2 A 6 AÑOS GARAZI ECHEVERRIA NAGORE, ANA AZNAREZ IBAÑEZ, ZUBEROA AZNÁREZ IBÁÑEZ, BIDANE LIZARRAGA MOZO Y MIGUEL DÍEZ REVIRIEGO	265
50 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, INMACULADA GÁMEZ MURILLO Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ	273
51 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN, CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	279
52 MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO POR PARTE DE ENFERMERÍA MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN, CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	283
53 ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN ESTADIO AVANZADO MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN, CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	287
54 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: LA IMPORTANCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA MARTA ABAD ABELLÁN, MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE, SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ Y MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ	291

55	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA DE UN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS MARTA ABAD ABELLÁN, MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ, MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE Y SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ	295
56	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA HEMOCROMATOS MARTA ABAD ABELLÁN, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE, SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ, MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO Y MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ	299
57	FISIOTERAPIA EN LA RADICULOPATÍA LUMBOSACRA: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID, EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR VERA MUÑOZ Y RAQUEL BRAZAL ARAGON	303
58	STRETCHING GLOBAL ACTIVO EN FISIOTERAPIA MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID, EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR VERA MUÑOZ Y RAQUEL BRAZAL ARAGON	309
59	PAPEL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN ENTRE UN ALTO I.M.C. Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ALICIA GARCIA PECO, ANDREA MORCILLO CARDENAS, LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ	315
60	PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO PULMONAR Y AUDITIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ALICIA GARCIA PECO, ANDREA MORCILLO CARDENAS, LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ	319

61	CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ALICIA GARCIA PECO, ANDREA MORCILLO CARDENAS, LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ	323
62	COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA, MARTA ESCRIBANO RUEDA, SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ Y CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ	329
63	COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA, MARTA ESCRIBANO RUEDA, SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ Y CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ	333
64	COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA, MARTA ESCRIBANO RUEDA, SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ Y CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ	337
65	ACTUALIZACIÓN SOBRE LA EVIDENCIA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO MARIA GARCIA GONZALEZ, MONICA VIDAL ARENAS Y CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ	341
66	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. MARÍA GÓMEZ PULIDO, NOELIA RAMOS CAMINO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO	351

67	ACTUACION DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA APENDICITIS PERFORADA. MARÍA GÓMEZ PULIDO, NOELIA RAMOS CAMINO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO	355
68	INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS COGNITIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA MARÍA GÓMEZ PULIDO, NOELIA RAMOS CAMINO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO	359
69	LA ENFERMERÍA Y LOS CATÉTERES VENOSOS DE LARGA DURACIÓN MIGUEL DAMAS UREÑA, AINHOA GARCIA SERRANO, PATRICIA NAVARRO FUENTES, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE	363
70	ROL DE ENFERMERÍA ANTE EL AUMENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS TRAS COVID 19 ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ, JULIA MARTÍN LUNA Y SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS	367
71	ADECUADA REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS, ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ Y JULIA MARTÍN LUNA	371
72	PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA Y BROTE DE PANCOLITIS ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, JUAN GARCÍA GALÁN, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ, LAURA BALLESTEROS JEREZ Y PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ	375

- 73 MÉTODOS PARA MEJORAR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CAUSADA POR LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS EN ADOLESCENTES.**
LAURA TRUJILLO SERRANO, M^a ELISABETH SERRANO MORA, MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS, MARÍA APOLONIA BETETA BETETA Y MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ 383
- 74 ANOREXIA NERVIOSA DURANTE EL EMBARAZO**
MARTA GARCÍA CUÉLLIGA, LAURA MÍNGUEZ CUBERO Y NIEVES HEREDIA ALONSO 389
- 75 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA**
JUAN JOSE CHACON BELMAR, EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE Y RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ 397
- 76 PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA**
JUAN JOSE CHACON BELMAR, EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE Y RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ 401
- 77 EL PACIENTE CON FARINGITIS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
JUAN JOSE CHACON BELMAR, EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE Y RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ 405
- 78 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA CARDÍACA**
NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ, CARLOTA SERRANO LÓPEZ, MARÍA SIMÓN CABRERA Y ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE 409
- 79 ENFERMERÍA ANTE LOS BEBES RECIEN NACIDOS DE PACIENTES ADICTAS A LAS DROGAS.**
NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ, CARLOTA SERRANO LÓPEZ, MARÍA SIMÓN CABRERA Y ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE 413

80 ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES QUE PADECEN UN TRAUMATISMO EN EL TORAX NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ, CARLOTA SERRANO LÓPEZ, MARÍA SIMÓN CABRERA Y ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE	419
81 PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE UN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS, M ^a ELISABETH SERRANO MORA, LAURA TRUJILLO SERRANO, MARÍA APOLONIA BETETA BETETA Y MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ	423
82 ENFERMERÍA EN LA LA PRESIÓN MEDIA DE TODAS LAS FLUCTUACIONES EN LOS PACIENTES ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA Y MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ	427
83 ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CON CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICO-QUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA Y MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ	431
84 EFICACIA DEL APOYO CONTINUO DURANTE EL PARTO COMO MEDIDA ANALGÉSICA LAURA SIERRA ÁLVAREZ	437
85 ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO LAURA SIERRA ÁLVAREZ	443
86 HIPERTERMIA ENFOCADA A LA ENFERMERÍA ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y MERCEDES MEGIA CAMACHO	447

87 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA	
PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA, M DEL CARMEN RICO CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA Y ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ	455
88 EL MALTRATO EN EL ANCIANO	
MARÍA FERNÁNDEZ MUÑIZ	459
89 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE LA REALIZACIÓN DE UNA PUNCIÓN LUMBAR	
CELIA ARROYO MOLINA, NATALIA AMATE ESCABIAS, ALBA LÓPEZ MARTIN, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y LAURA VARGAS BEAMUD	463
90 DIABETES GESTACIONAL	
ANA DÍAZ CABALLERO, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, MARINA RODRIGUEZ LUNA, ELENA MOYA CRESPO Y JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS	469
91 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA, USO Y APLICACIONES. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	
MARIA VILLAJOS MAYORALAS, SILVIA PÉREZ ARTEAGA, SERGIO SANCHO ARROYO, ISABEL RUBIO DOMINGUEZ Y ALBA PARRA MORENO	473
92 CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) INDICACIONES, INSERCIÓN Y MANEJO DEL MISMO	
MARIA VILLAJOS MAYORALAS, SILVIA PÉREZ ARTEAGA, SERGIO SANCHO ARROYO, ISABEL RUBIO DOMINGUEZ Y ALBA PARRA MORENO	479
93 INTOXICACIONES AGUDAS QUE PRECISAN EL SERVICIO DE URGENCIAS O INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
MARTA ALONSO GONZÁLEZ	487

94	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: UN PROYECTO OBSERVACIONAL MARTA ALONSO GONZÁLEZ	493
95	LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARTA ALONSO GONZÁLEZ	499
96	ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS MELODY TORIJA RESUELA	509
97	PROBLEMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO. HIGIENE POSTURAL MELODY TORIJA RESUELA	513
98	PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANA DÍAZ CABALLERO, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, MARINA RODRIGUEZ LUNA, ELENA MOYA CRESPO Y JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS	517
99	VACUNA PARA EL COVID-19: PROCESO DE CREACIÓN Y TIPOS JAVIER MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS, ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ Y ÁLVARO DURÁN RELAÑO	521
100	ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UTILIZACIÓN DE VIA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS MARÍA APOLONIA BETETA BETETA, LAURA TRUJILLO SERRANO, MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS, MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ Y M ^a ELISABETH SERRANO MORA	527
101	¿ESTÁ RELACIONADO EL CONSUMO DE ULTRAPROCESADOS CON LA DEPRESIÓN? JULIA LERIDA CAMUÑAS, ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ, JAVIER MARTÍN MACÍAS Y ÁLVARO DURÁN RELAÑO	535

102 ENFERMERÍA: CARDIOVERSIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	
MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA, JUAN SATURIO SANTOS, MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN, RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA Y CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO	541
103 ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDÍACOS	
MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA, JUAN SATURIO SANTOS, MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN, RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA Y CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO	547
104 LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ADOLESCENTES	
MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA, JUAN SATURIO SANTOS, MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN, RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA Y CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO	551
105 MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS PRODUCIDAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	
YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA, CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO Y SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE	557
106 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA	
YOLANDA TRAPERO MORENO, CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO, SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE Y YOLANDA TORRES ORTEGA	563
107 ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON DIABETES EN EL EMBARAZO	
YOLANDA TRAPERO MORENO, CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO Y SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE	567

- 108 ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: CAUSAS, SÍNTOMAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA**
CRISTINA GIJÓN RUIZ, MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ, SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ Y ALICIA SERRANO DUQUE 571
- 109 BENEFICIOS EN EL USO DE LAS TÉCNICAS ECOGUIADAS PARA LA PUNCIÓN VENOSA CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ENFERMERIA**
CRISTINA GIJÓN RUIZ, MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ, SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ Y ALICIA SERRANO DUQUE 575
- 110 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON MUCOSITIS TRAS QUIMIOTERAPIA**
CRISTINA GIJÓN RUIZ, MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ, SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ Y ALICIA SERRANO DUQUE 579
- 111 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA**
LORENA CANO LOPEZ, DAVID MARTINEZ GÓMEZ, ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA Y ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ 585
- 112 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**
LORENA CANO LOPEZ, DAVID MARTINEZ GÓMEZ, ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA Y ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ 589
- 113 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA**
LORENA CANO LOPEZ, DAVID MARTINEZ GÓMEZ, ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA Y ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ 593

- 114 CASO CLÍNICO:ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGÁNICO**
ANA DÍAZ CABALLERO, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, MARINA RODRIGUEZ LUNA, ELENA MOYA CRESPO Y JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS 597
- 115 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES ANCIANOS INTERVENIDOS CON CIRUGÍA DE ARTROPLASTIA**
BARTOLOME MALAGON AYLLON, BLANCA SÁEZ CASTILLO, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y ESTHER CUESTA NAVARRO 609
- 116 PACIENTE EN LA UNIDAD DE UCI Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS INTUBACIONES**
BARTOLOME MALAGON AYLLON, BLANCA SÁEZ CASTILLO, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y ESTHER CUESTA NAVARRO 613
- 117 CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ENCEFALITIS AUTOINMUNE HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ANA PÉREZ PLAZA, GEMA MAGÁN CANO, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y SERGIO BARBERO SÁNCHEZ 617
- 118 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN**
LAURA VARGAS BEAMUD, CELIA ARROYO MOLINA, ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS Y BLANCA HERRERO ALCAIDE 627
- 119 LAS SUJECCIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS. EL PAPEL DE ENFERMERÍA.**
BEATRIZ BEAMUD MOLINA, JULIA GARRIDO PÉREZ, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO, MARÍA MORA CORRAL Y LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN 631

- 120 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)**
ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, ENRIQUE GONZÁLEZ
PEREZ OLIVARES, ELISABETH LEÑADOR PÉREZ, MARIO SANCHEZ
NAVIO Y PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA 635
- 121 CHARLAS DE ENFERMERÍA EN CENTROS EDUCATIVOS SOBRE LA
PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL**
ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA,
ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ Y MERCEDES MEGIA CAMACHO 639
- 122 FARMACOLOGÍA PALIATIVA. LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE
ENFERMERÍA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
A PACIENTES TERMINALES**
IRENE PEÑALVER COLMENERO, YOANA ZARCO SORIANO,
TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO Y
PAULA PAGE PEREZ 645
- 123 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PATOLOGÍA DEL
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIO**
PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, ALEJANDRO GINÉS RUBIO
ALCANTUD, ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES, ELISABETH
LEÑADOR PÉREZ Y MARIO SANCHEZ NAVIO 649
- 124 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA
PRÁCTICA DEL MANTENIMIENTO DE LA INTUBACIÓN
ENDOTRAQUEAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, MARIO SANCHEZ NAVIO,
ELISABETH LEÑADOR PÉREZ, ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ
OLIVARES Y ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD 663
- 125 DISREFLEXIA AUTÓNOMA**
CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO, JULIA GARRIDO
PÉREZ, MARÍA MORA CORRAL, BEATRIZ BEAMUD MOLINA Y
LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN 677

- 126 ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y EL SUICIDIO**
ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ, JAVIER MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA
CAMUÑAS Y ÁLVARO DURÁN RELAÑO 683
- 127 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS COMPLICADAS**
ADELA CUENCA ARANDA, NATALIA ISABEL GALLARÍN
VALVERDE, NOELIA VALVERDE BAEZA, MARIA MANZANEQUE
CAÑADILLAS Y EMMA MARTÍN MAÑAS 687
- 128 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON
PANCREATITIS AGUDA**
ANA ISABEL GARCIA SANCHO, JENNIFER LOPEZ SANCHEZ,
NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER DEL MAZO GARCÍA Y LAURA
MUÑOZ SORIA 693
- 129 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CARDÍACAS**
ANA ISABEL GARCIA SANCHO, JENNIFER LOPEZ SANCHEZ,
NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER DEL MAZO GARCÍA Y LAURA
MUÑOZ SORIA 699
- 130 CÁNCER DE CÉRVIX, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN
DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA**
ANA ISABEL GARCIA SANCHO, JENNIFER LOPEZ SANCHEZ,
NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER DEL MAZO GARCÍA Y LAURA
MUÑOZ SORIA 705
- 131 IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN DEL VRS EN MENORES DE 24
MESES PARA LA PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS**
ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ, ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, MERCEDES MEGIA
CAMACHO Y ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO 711
- 132 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA**
NATALIA AMATE ESCABIAS, ALBA LÓPEZ MARTIN, LAURA
VARGAS BEAMUD, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y CELIA ARROYO
MOLINA 717

- 133 LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS CONSTANTES VITALES DEL PACIENTE. FRECUENCIA RESPIRATORIA Y TENSION ARTERIAL**
IRENE PEÑALVER COLMENERO, YOANA ZARCO SORIANO, TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO Y PAULA PAGE PEREZ 721
- 134 LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS CONSTANTES VITALES DEL PACIENTE**
YOANA ZARCO SORIANO, TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO, PAULA PAGE PEREZ Y IRENE PEÑALVER COLMENERO 725
- 135 ARTRITIS REUMATOIDE**
MARIA ANGELA VALERO MANCEBO, RAQUEL MARTÍN GALLEGO, ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO, ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ Y ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO 729
- 136 LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA Y LAS FUNCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA**
JULIA NAVALON TARRAGA, ALBORADA TORRES MONTERO, MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ Y GLORIA LOPEZ GÓMEZ 733
- 137 ENFERMERÍA EN LAS MANIOBRAS BÁSICAS DE MANEJO DE VÍA AÉREA**
JULIA NAVALON TARRAGA, ALBORADA TORRES MONTERO, MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ Y GLORIA LOPEZ GÓMEZ 737
- 138 RITMOS DESFIBRILABLES Y NO DESFIBRILABLES EN URGENCIAS: UN ENFOQUE INTEGRAL DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA**
JULIA NAVALON TARRAGA, ALBORADA TORRES MONTERO, MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ Y GLORIA LOPEZ GÓMEZ 741

139 CASO CLÍNICO DE PREECLAMPSIA POSTPARTO	
BEATRIZ BEAMUD MOLINA, JULIA GARRIDO PÉREZ, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO, MARÍA MORA CORRAL Y LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN	747
140 REVISIÓN DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD POR ENFERMERÍA	
ISABEL RUBIO DOMINGUEZ, MARIA VILLAJOS MAYORALAS, SERGIO SANCHO ARROYO, SILVIA PÉREZ ARTEAGA Y ALBA PARRA MORENO	751
141 IMPACTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL CÁNCER DE MAMA	
GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, SERGIO BARBERO SÁNCHEZ, ANA PÉREZ PLAZA, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y GEMA MAGÁN CANO	759
142 DIABETES EN EL RECIÉN NACIDO	
LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO Y CARLOS VERA HERVÁS	773
143 DIABETES INFANTIL	
LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO Y CARLOS VERA HERVÁS	781
144 UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES ESPECIALES: NIÑOS	
JULIA MARTÍN LUNA, SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS Y ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ	789
145 EL USO DE LA TERAPIA LARVAL EN PACIENTES	
GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ANA PÉREZ PLAZA, GEMA MAGÁN CANO, SERGIO BARBERO SÁNCHEZ Y ÁNGELA TENDERO MORALEDA	793
146 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE RIÑÓN	
LAURA FLORES DECHADO Y ARÁNZAZU SÁNCHEZ NIETO	801

147 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE HÍGADO LAURA FLORES DECHADO Y ARÁNZAZU SÁNCHEZ NIETO	805
148 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER CENTRAL INSERTADO POR VÍA PERIFÉRICA (PICC) LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA, CARLOS VERA HERVÁS, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO Y CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ	809
149 EL MASAJE PERINEAL COMO PRIMERA MEDIDAS PREVENTIVA PARA REDUCIR EL TRAUMA PERINEAL EN EL MOMENTO DEL PARTO MARÍA MUÑOZ CARRETERO, MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ Y CÉSAR FRANCISCO VERDEJO	813
150 LESIONES DE ALMACENAMIENTO EN CONCENTRADOS DE HEMATÍES ¿QUÉ ES? ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS Y SUS CONSECUENCIAS? Y ¿CÓMO PREVENIRLO? MARÍA MORA CORRAL, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, JULIA GARRIDO PÉREZ, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO Y LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN	817
151 IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE REACCIONES TRANSFUSIONALES MARÍA MORA CORRAL, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, JULIA GARRIDO PÉREZ, CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO Y LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN	825
152 SONDAGE NASOGÁSTRICO: TÉCNICA, INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES NIEVES HEREDIA ALONSO, LAURA MÍNGUEZ CUBERO Y MARTA GARCÍA CUÉLLIGA	833
153 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LAS INFECCIONES URINARIAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO LUCIA PANIAGUA MONTORO, HELENA GARCIA MARTINEZ, ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ	839

- 154 EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE UNA MUJER CON DIABETES EN EL EMBARAZO.**
HELENA GARCIA MARTINEZ, LUCIA PANIAGUA MONTORO,
ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, INMACULADA MARTÍNEZ
SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ 843
- 155 EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE CON UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**
ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, LUCIA PANIAGUA
MONTORO, HELENA GARCIA MARTINEZ, INMACULADA
MARTÍNEZ SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ 847
- 156 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARÍA NIETO DE LA TORRE 851
- 157 ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA**
JONATHAN ALONSO FERNANDEZ 855
- 158 PRÁCTICA DE REPOSICIONAMIENTO DE PACIENTES POSTRADOS EN CAMA**
JONATHAN ALONSO FERNANDEZ 861
- 159 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO**
ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ, SABELA OTERO RIAL Y BÁRBARA
MOLINA DÍAZ 867
- 160 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL**
CORAL PARRA QUINTANILLA 871
- 161 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA OXIGENOTERAPIA**
TRINIDAD CARRASCO PERONA 875

162 LA FIGURA DEL TCAE EN LA PLANTA HOSPITALARIA MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ, MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS, NICOLETA TALPA Y MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE	881
163 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE NEFROLÓGICO EN PLANTA CON HEMODIÁLISIS ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ, SABELA OTERO RIAL Y BÁRBARA MOLINA DÍAZ	885
164 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL PACIENTE GERIÁTRICO ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ, SABELA OTERO RIAL Y BÁRBARA MOLINA DÍAZ	891
165 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS MERCEDES MADRID MONREAL, MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE, ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ, MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA Y LUCIA RAMOS ADEVA	897
166 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON ALZHEIMER NICOLETA TALPA, MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ, MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS Y MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE	901
167 CONOCIMIENTOS E HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE TURNER POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SHEILA ARENAS MARTINEZ, MARIA DE LA CRUZ DELGADO, ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN	905

168 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUE PRESENTA ALZHEIMER SHEILA ARENAS MARTINEZ, MARIA DE LA CRUZ DELGADO, ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN	909
169 BENEFICIOS DE INGESTA DE ACEITE DE SOJA EN MUJERES MENOPÁUSICAS: EDUCACIÓN SANITARIA DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) SHEILA ARENAS MARTINEZ, MARIA DE LA CRUZ DELGADO, ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN	913
170 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO, MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ Y VANESA MARTIN CASASOLAS	917
171 RETINOPATÍA DIABÉTICA MARÍA DEL CARMEN LLENIN RODRÍGUEZ	921
172 ESTENOSIS LUMBAR, DESENCADENANTES Y TRATAMIENTOS MARÍA DEL CARMEN LLENIN RODRÍGUEZ	925
173 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA VANESA MARTIN CASASOLAS, MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO Y MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ	929
174 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON DISFAGIA ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, OSCAR ORTEGA PINEDO Y TERESA CARBONERAS NAVALON	935

- 175 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL ACTO QUIRÚRGICO**
MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, MARTA JIMÉNEZ
GONZÁLEZ, OSCAR ORTEGA PINEDO, ANA MARIA JIMENEZ
BLÁZQUEZ Y TERESA CARBONERAS NAVALON 941
- 176 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA CONSULTA HOSPITALARIA DE PEDIATRÍA**
MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ, VANESA MARTIN
CASASOLAS Y MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO 945
- 177 LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL Y LAS FUNCIONES
DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
(TCAE)**
CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MARÍA AMPARO MARTÍN
PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO
LUCAS Y LAURA IGLESIAS LOPEZ 949
- 178 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ALTA DEL PACIENTE**
CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MARÍA AMPARO MARTÍN
PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO
LUCAS Y LAURA IGLESIAS LOPEZ 953
- 179 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN PACIENTES CON CONVULSIONES**
CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MARÍA AMPARO MARTÍN
PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO
LUCAS Y LAURA IGLESIAS LOPEZ 957
- 180 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA**
OSCAR ORTEGA PINEDO, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE
LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ
Y TERESA CARBONERAS NAVALON 961

- 181 LA RELACIÓN ENTRE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PERSONAL DE ENFERMERÍA: COLABORACIÓN Y DESAFÍOS**
MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN,
DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ, ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ Y VALLE CARRASCOSO MARÍN 965
- 182 EL IMPACTO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL DIRIGIDA POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN,
DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ, VALLE CARRASCOSO MARÍN Y ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ 971
- 183 OPTIMIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL EN EL CUIDADO DEL PACIENTE; EL ROL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN,
DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ, VALLE CARRASCOSO MARÍN Y ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ 979
- 184 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SALA DE ENDOSCOPIAS**
MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, OSCAR ORTEGA PINEDO, ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ Y TERESA CARBONERAS NAVALON 987
- 185 EL APARATO URINARIO Y EL FALLO RENAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA, ESPERANZA CESPEDES ESCALONA, MIRIAM ALONSO CANO, SONIA BRASERO CANO Y INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO 993

- 186 LA IMPORTANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO
SANITARIO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE)**
ESPERANZA CESPEDES ESCALONA, MIRIAM ALONSO CANO,
MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA, SONIA BRASERO CANO Y
INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO 997
- 187 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON
EL PACIENTE CON COREA HUNTINGTON.**
MERCEDES MADRID MONREAL, MARIA DEL CARMEN MAROTO
MARCOTE, MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA
CONSUEGRA, ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ Y LUCIA RAMOS
ADEVA 1001
- 188 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA**
ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA, CRISTINA SÁNCHEZ CORTÉS,
NURIA SIERRA MADERO Y RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA 1005
- 189 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y SU LABOR EN CUANTO AL CUIDADO Y ASEO DE UNA
PERSONA MAYOR**
NOEMI SABIDO GARCÍA, DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA
SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO Y
LARA PALOMARES REBOLLERO 1009
- 190 LA ORGANIZACIÓN DE LAS DIETAS DE LOS PACIENTES POR
PARTE DEL PERSONAL DE LOS TÉCNICOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
NOEMI SABIDO GARCÍA, DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA
SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO Y
LARA PALOMARES REBOLLERO 1013
- 191 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) Y
LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON ÚLCERAS POR
PRESIÓN**
MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES, BELÉN COSTA
MARTÍNEZ, ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, KAREN FABIOLA
TORRES Y JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS 1017

- 192 ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES, BELÉN COSTA
MARTÍNEZ, ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, KAREN FABIOLA
TORRES Y JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS 1021
- 193 URGENCIAS Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES, BELÉN COSTA
MARTÍNEZ, ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, KAREN FABIOLA
TORRES Y JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS 1025
- 194 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) CON PACIENTE QUE PRESENTA CONVULSIONES FEBRILES**
TANIA DURAN CARRASCO, MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, VANESSA
MARÍA GUZMÁN MORA, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ
CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ 1029
- 195 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA EPILÉPTICA**
TANIA DURAN CARRASCO, MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ,
MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA Y
MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA 1033
- 196 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ALIMENTACIÓN DE PACIENTE HOSPITALIZADO AUTÓNOMO**
TANIA DURAN CARRASCO, MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, VANESSA
MARÍA GUZMÁN MORA, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ
CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ 1037
- 197 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**
ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO, VANESA ROJO
CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO, NOELIA
GUERRERO MORENO-ARRONES Y ZURLEYMA PÉREZ CARDONA 1041

- 198 LOS TÉCNICOS ENCUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS TÓXICOS**
ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO, VANESA ROJO CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO, NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES Y ZURLEYMA PÉREZ CARDONA **1045**
- 199 EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO, VANESA ROJO CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO, NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES Y ZURLEYMA PÉREZ CARDONA **1049**
- 200 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL ÁMBITO SANITARIO ANTE UN EXITUS**
ALBA GARCÍA RODENAS, ROSARIO PÉREZ ESPADA, MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA IBAÑEZ PÉREZ **1053**
- 201 COLABORACIÓN DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO**
ALBA GARCÍA RODENAS, ROSARIO PÉREZ ESPADA, MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA IBAÑEZ PÉREZ **1057**
- 202 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREPARACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA**
ALBA GARCÍA RODENAS, ROSARIO PÉREZ ESPADA, MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA IBAÑEZ PÉREZ **1061**
- 203 LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PUNTO DE DONACIÓN DE SANGRE DEL CENTRO HOSPITALARIO**
GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO, DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO Y DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA **1065**

- 204** **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON BRONQUIOLITIS**
GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO, DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO Y DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA **1069**
- 205** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PARTO Y EN EL POSTPARTO**
GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO, DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO Y DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA **1073**
- 206** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL PACIENTE CON ALZHEIMER**
TERESA CARBONERAS NAVALON, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, OSCAR ORTEGA PINEDO Y ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ **1077**
- 207** **LOS PROFESIONALES SANITARIOS: LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA Y LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ALICIA MENÉNDEZ GARCÍA Y XANA MÉNENDEZ GARCÍA **1083**
- 208** **LA LABORES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN ORAL DE LOS PACIENTES**
AQUILINA CERDAN JIMENEZ, ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ, ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ, CORAL RAMÍREZ MORA Y JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN **1087**
- 209** **CUIDADOS POR PARTE DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA EVITAR LAS CAÍDAS**
ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA, ANA DOÑATE ARNEDEO, FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO, ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO Y MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO **1091**

- 210 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA, ANA DOÑATE ARNEDEO, FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO, ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO Y MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO 1095
- 211 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO GÁSTRICO: AYUDA A LA ENFERMERA**
ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA, MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO, FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO, ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO Y ANA DOÑATE ARNEDEO 1099
- 212 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE DE SALUD MENTAL**
MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO, MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO, TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO, ALEJANDRO PEREZ GARCIA Y JUANA REYES ESPINOSA 1103
- 213 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA**
MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO, MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO, ALEJANDRO PEREZ GARCIA, TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO Y JUANA REYES ESPINOSA 1107
- 214 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO, MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO, TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO, ALEJANDRO PEREZ GARCIA Y JUANA REYES ESPINOSA 1111
- 215 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALZHEIMER**
MARÍA MARCOS ESCUDERO, ELADIO ROJO FERNANDEZ, ALEJANDRO MATA ROMAY, M^a DEL ROCIO DIAZ FERNANDEZ Y LUCIA DIAZ RIVERO 1117

- 216 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS EN FARMACIA PARA PLANTA**
CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ, MARI CARMEN LÓPEZ FERNÁNDEZ, MARÍA JOSÉ LANCHÁ HERRERA, JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS Y YOLANDA RUIZ MORA 1121
- 217 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE CONFLICTIVO Y NERVIOSO**
CORAL RAMÍREZ MORA, ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ, ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ, AQUILINA CERDAN JIMENEZ Y JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN 1125
- 218 LOS COMETIDOS DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA FIGURA DEL RECIÉN NACIDO**
CRISTINA CROITORU GROZA, RAQUEL GARCIA PICAZO, CRISTINA GRIÑAN DE MORA, SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN Y PEDRO JIMENEZ MARQUEZ 1129
- 219 LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS DEFICIT DE ALIMENTACIÓN INFANTILES**
CRISTINA GRIÑAN DE MORA, PEDRO JIMENEZ MARQUEZ, CRISTINA CROITORU GROZA, SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN Y RAQUEL GARCIA PICAZO 1133
- 220 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU LABOR CON LOS PACIENTES EN URGENCIAS.**
SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN, RAQUEL GARCIA PICAZO, CRISTINA GRIÑAN DE MORA, CRISTINA CROITORU GROZA Y PEDRO JIMENEZ MARQUEZ 1137
- 221 PACIENTES QUE REQUIEREN MARCAPASOS Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA Y MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ 1141

- 222 FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE AMBULATORIO Y EL PACIENTE HOSPITALIZADO**
PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA, M DEL CARMEN RICO
CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS
VALLEJO VILLANUEVA Y ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ 1147
- 223 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ANCIANO CON DEPRESIÓN**
CLAUDIA MEDINA CARO, ROSA SERRANO MORENO, OLGA
GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN Y
VANESA RUIZ RONCERO 1151
- 224 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO**
CLAUDIA MEDINA CARO, ROSA SERRANO MORENO, OLGA
GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN Y
VANESA RUIZ RONCERO 1155
- 225 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE**
CLAUDIA MEDINA CARO, ROSA SERRANO MORENO, OLGA
GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN Y
VANESA RUIZ RONCERO 1159
- 226 EL CELADOR. COMO ACTUAR ANTE LOS FAMILIARES Y LOS PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS**
JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE, JAVIER CRESPO NAVARRO, ANDRÉS
PERALTA ALDAVERO, SARA JUAN GARCIA Y JESÚS RAMON
CABRERA NAVARRO 1163
- 227 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS**
ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ 1167

- 228EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN REANIMACIÓN**
MERCEDES MADRID MONREAL, MARIA DEL CARMEN MAROTO
MARCOTE, MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA
CONSUEGRA, ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ Y LUCIA RAMOS
ADEVA 1171
- 229REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) DEL TUNEL CARPIANO**
YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL, MIRIAM POZO SÁNCHEZ,
NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA GEMA TOVAR GARCIA Y
MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN 1175
- 230REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA FATIGA VISUAL**
YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL, MIRIAM POZO SÁNCHEZ,
NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA GEMA TOVAR GARCIA Y
MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN 1179
- 231REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) DE LA FATIGA POSTURAL**
YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL, MIRIAM POZO SÁNCHEZ,
NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA GEMA TOVAR GARCIA Y
MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN 1183
- 232EL ROL PROFESIONAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI**
ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ, MARÍA SOFIA PARDO
GARCIA, MIREIA SÁNCHEZ JO Y LARA MOLINA MARTIN 1187
- 233FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE), ANÁLISIS DE LAS
RESPONSABILIDADES Y CONTRIBUCIONES DEL TCAE EN
ENTORNOS DE SALUD**
ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ, MARÍA SOFIA PARDO
GARCIA, MIREIA SÁNCHEZ JO Y LARA MOLINA MARTIN 1191

- 234COMPETENCIAS ESENCIALES EN LA TOMA DE MUESTRAS POR
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ, MARÍA SOFIA PARDO
GARCIA, MIREIA SÁNCHEZ JO Y LARA MOLINA MARTIN 1197
- 235EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO
DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO Y AMADA HERNANDEZ
LORENZO 1201
- 236LAS COMPLICACIONES EN HEMODIÁLISIS MÁS FRECUENTES Y
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO
DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO Y AMADA HERNANDEZ
LORENZO 1205
- 237PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA INTERVENIR EN LA OBESIDAD
INFANTIL. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO
DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO Y AMADA HERNANDEZ
LORENZO 1209
- 238CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE
CON FRACTURA DE CADERA**
BARTOLOME MALAGON AYLLON, BLANCA SÁEZ CASTILLO, SOFIA
AYUSO-MORALES MAYORAL, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y
ESTHER CUESTA NAVARRO 1213
- 239EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y EL PAPEL DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
JANETE CARINA FERNÁNDEZ PÉREZ 1217
- 240COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**
MONTSERRAT NUÑEZ DIAZ 1221

- 241 FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN PLANTA HOSPITALARIA PSIQUIÁTRICA**
MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE, MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ, NICOLETA TALPA, MIRIAN CALERO MORENO Y MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS 1225
- 242 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA**
HELENA MARÍN LOZANO, VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, BLANCA VALVERDE LEIVA, MIGUEL QUINTANILLA PICAZO Y MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA 1229
- 243 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES Y EL CUIDADO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA**
HELENA MARÍN LOZANO, BLANCA VALVERDE LEIVA, VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, MIGUEL QUINTANILLA PICAZO Y MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA 1233
- 244 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS ENFERMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS**
TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ 1237
- 245 POLIQUISTOSIS RENAL**
MONTSERRAT NUÑEZ DÍAZ 1241
- 246 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA**
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO, ROSA MARIA MORENO MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO Y MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ 1245
- 247 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA**
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO, ROSA MARIA MORENO MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO Y MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ 1249

248	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE EXPLORACIONES DIGESTIVAS	
	MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO, ROSA MARIA MORENO MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO Y MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ	1253
249	LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
	RAQUEL RUBIO PRESTEL, LIDIA GARCIA GARCIA, GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO, BEGOÑA LAZARO SANCHEZ Y ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO	1257
250	CLASIFICACIÓN DE VACUNAS	
	ALICIA MENÉNDEZ GARCÍA Y XANA MÉNENDEZ GARCÍA	1261
251	PACIENTE INFECCIOSO: LAS ZONOSIS	
	ALICIA MENÉNDEZ GARCÍA Y XANA MÉNENDEZ GARCÍA	1265
252	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA NUTRICIÓN DE LOS PACIENTES	
	SANDRA COTILLAS LOPEZ Y ANA BELÉN GABALDON MARTINEZ	1269
253	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE UNA ESPIROMETRÍA	
	SANDRA COTILLAS LOPEZ Y ANA BELÉN GABALDON MARTINEZ	1273
254	DIETA EQUILIBRADA	
	VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA	1277
255	DISLEXIA INFANTIL	
	VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA	1281
256	CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INFECCIOSO	
	MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ, MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA, LARA RAMOS SANCHEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ Y CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA	1285

- 257 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL**
MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ, MARÍA NOELIA PLEITE
PANIAGUA, LARA RAMOS SANCHEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ Y
CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA 1289
- 258 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO MENTAL**
MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ, MARÍA NOELIA PLEITE
PANIAGUA, LARA RAMOS SANCHEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ Y
CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA 1293
- 259 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN OXIGENOTERAPIA**
HELENA MARÍN LOZANO, MIGUEL QUINTANILLA PICAZO, MARÍA
PIEDRASANTAS MOYA MOLINA, BLANCA VALVERDE LEIVA Y
VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ 1297
- 260 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA**
JAVIER PEREZ PESTANA, MARTA SANCHEZ PEREZ, YOLANDA
OJEDA BORRAS Y FATIMA BRAHIM SAID 1301
- 261 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA**
JAVIER PEREZ PESTANA Y MARTA SANCHEZ PEREZ 1305
- 262 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO TOXICÓMANO**
MARIA TAMARA SANCHEZ POLO, VANESA SALMON HERAS,
MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO
PEREZ HERNANDEZ Y MARINA SANCHEZ ACEITUNO 1309
- 263 LA ACTUACIÓN DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE PACIENTES**
MARÍA JESÚS GARCÍA IGLESIAS Y VANESA ALVAREZ SOMIEDO 1313

- 264EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL TRANSPLANTE DE HÍGADO**
MARIA TAMARA SANCHEZ POLO, VANESA SALMON HERAS,
MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO
PEREZ HERNANDEZ Y MARINA SANCHEZ ACEITUNO 1317
- 265EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL**
MARIA TAMARA SANCHEZ POLO, VANESA SALMON HERAS,
MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO
PEREZ HERNANDEZ Y MARINA SANCHEZ ACEITUNO 1321
- 266EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE TRIAJE DE URGENCIAS**
SONIA BRASERO CANO, MIRIAM ALONSO CANO, ESPERANZA
CESPEDES ESCALONA, INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO
Y MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA 1325
- 267EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE NEUMOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ELENA SANCHEZ SANCHEZ, ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO, ROCIO
DE HAZAS MANCHEÑOS, ELIA MARIA DE HARO GARCIA Y
BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR 1329
- 268EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA**
ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO, ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS,
ELIA MARIA DE HARO GARCIA, BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR Y
ELENA SANCHEZ SANCHEZ 1333
- 269EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE TIENE ALZHEIMER**
ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS, ELIA MARIA DE HARO GARCIA,
BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR, ELENA SANCHEZ SANCHEZ Y
ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO 1337

- 270 LAS FUNCIONES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ATENCIÓN HACIA EL PACIENTE EPILÉPTICO**
MARÍA MIGUEL RUBIO, AMPARO GARCÍA TORRICO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ, KARINA CRUCES NUÑEZ Y LUPE JARA 1341
- 271 LOS CONOCIMIENTOS DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREPARACIÓN DE LAS DIETAS EN LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**
MARÍA MIGUEL RUBIO, AMPARO GARCÍA TORRICO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ, KARINA CRUCES NUÑEZ Y LUPE JARA 1345
- 272 EL PAPEL Y LA FUNCIÓN DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR VÍA ENTERAL**
MARÍA MIGUEL RUBIO, AMPARO GARCÍA TORRICO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ, KARINA CRUCES NUÑEZ Y LUPE JARA 1349
- 273 ABORDAJE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS COLEGIOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA**
MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA Y ROSANDRA ALVAREZ GARCIA 1353
- 274 EL ARTE DE CUIDAR: TERAPIA DE ARTE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS**
MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA Y ROSANDRA ALVAREZ GARCIA 1357
- 275 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: COMPRENDIENDO EL AGOTAMIENTO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD**
MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA Y ROSANDRA ALVAREZ GARCIA 1363

276	EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LA REANIMACION DE UN PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA. GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO, RAQUEL RUBIO PRESTEL, LIDIA GARCIA GARCIA, BEGOÑA LAZARO SANCHEZ Y ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO	1369
277	CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA: ABORDAJE DE TENDINOPATÍA O DOLOR RELACIONADO CON EL MANGUITO ROTADOR JORGE BALLESTEROS FRUTOS	1373
278	ENFOQUE DE LA FISIOTERAPIA EN LA FATIGA DEL PACIENTE ASOCIADA AL CÁNCER MEDIANTE EJERCICIO FÍSICO MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID, EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR VERA MUÑOZ Y RAQUEL BRAZAL ARAGON	1379
279	TRATAMIENTO DE CALCIFICACIONES EN EL TENDÓN DE AQUILES CON IONTOFORESIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ROCIO ORTIZ VILCHEZ	1385
280	TENDINOPATÍA PATELAR EN ENTRENADORES DE BALONCESTO LAURA SANTOCILDES SALGADO	1397
281	FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LAURA SANTOCILDES SALGADO	1403
282	LA FISIOTERAPIA EN EL PARKINSON LAURA SANTOCILDES SALGADO	1409
283	TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE LAURA SANTOCILDES SALGADO	1415
284	LA FISIOTERAPIA DURANTE EL CÓLICO DEL LACTANTE MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO	1421
285	FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PARKINSON MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO	1425

286	EL FISIOTERAPEUTA Y LAS PRECAUCIONES EN EL DRENAJE LINFÁTICO MANUAL MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO	1429
287	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO RUBÉN HERNÁNDEZ DE PAZ	1433
288	TÉCNICAS DE DRENAJE DE SECRECIONES Y VENTILATORIAS EN EL PACIENTE CON COVID-19 AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, GLORIA OTERO CORTIJO, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA	1439
289	LA IMPORTANCIA DE LOS MÁXIMOS DESPLAZAMIENTOS DIAFRAGMÁTICOS EN DISTINTAS POSICIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, GLORIA OTERO CORTIJO, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA	1443
290	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES QUE SUFREN NEUMONÍA Y SUS ÚLTIMOS AVANCES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA ANA EUGENIA VERA ORTEGA, JUAN PARRA GIL Y VANESA JIMÉNEZ PULIDO	1447
291	LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA ANA EUGENIA VERA ORTEGA, JUAN PARRA GIL Y VANESA JIMÉNEZ PULIDO	1453
292	LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN DE DISFAGIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA ANA EUGENIA VERA ORTEGA, JUAN PARRA GIL Y VANESA JIMÉNEZ PULIDO	1459

293¿ES EFICAZ EL USO DE LAS ONDAS DE CHOQUE EN FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA TENDINOPATÍA ROTULIANA?	1465
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO	
294APLICACIÓN DE LA TERAPIA MANUAL EN FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ESGUINCE DE TOBILLO LEVE.	1469
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO	
295¿ES CONVENIENTE REALIZAR EJERCICIOS RESISTIDOS EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?	1473
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO	
296INCENTIVADORES RESPIRATORIOS. CUIDADOS DE FISIOTERAPIA Y ENFERMERÍA EN EL PERIODO POSTQUIRÚRGICO	1477
MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, CÉSAR FRANCISCO VERDEJO Y MARÍA MUÑOZ CARRETERO	
297ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA	1485
CÉSAR FRANCISCO VERDEJO, MARÍA MUÑOZ CARRETERO Y MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ	
298IMPORTANCIA CLÍNICA DE LAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS, EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL CUIDADO DE LA SALUD	1493
CLARA PAULA DE UÑA SANTOS	
299CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)	1497
AHLAM HACHMAOUI RIDAOUI	
300ESTUDIO DE LAS BANDAS OLIGOCLONALES (BOG) EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)	1503
AHLAM HACHMAOUI RIDAOUI	

301	ESTUDIO DEL PROTEINOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DEL MIELOMA MÚLTIPLE (MM) AHLAM HACHMAOUI RIDAOUI	1507
302	VARIANTE EOSINOFÍLICA DEL CARCINOMA CROMÓFOBO DE CÉLULAS RENALES ANA ISABEL PÉREZ EGEA, MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO Y MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO	1511
303	CITOMETRIA DE FLUJO PARA EL CONTAJE DE CÉLULAS EN LABORATORIO DE URGENCIAS SANDRA MORENO PEREZ	1517
304	TUMORES DEL SACO VITELINO ANA ISABEL PÉREZ EGEA, MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO Y MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO	1521
305	TUMOR DE CELULAS GERMINALES MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO, ANA ISABEL PÉREZ EGEA Y MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO	1525
306	DETECCIÓN DEL PARÁSITO TOXOPLASMA GONDII. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOXOPLASMOSIS CARLA BERNAL DOMENECH, ANA RODRÍGUEZ DURÁN, CRISTINA TRUJILLO AGUILAR, ALBA CALDERÓN DE JUAN Y SERGIO PARDO TORRIJOS	1529
307	DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. TÉCNICAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA E INMUNOLOGÍA. CARLA BERNAL DOMENECH, ANA RODRÍGUEZ DURÁN, CRISTINA TRUJILLO AGUILAR, ALBA CALDERÓN DE JUAN Y SERGIO PARDO TORRIJOS	1539

- 308 ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES (NAO) FRENTE A LOS ANTIGUOS DICUMARÍNICOS (SINTROM Y WARFARINA)**
SERGIO PARDO TORRIJOS, CARLA BERNAL DOMENECH, ALBA CALDERÓN DE JUAN, CRISTINA TRUJILLO AGUILAR Y ANA RODRÍGUEZ DURÁN 1545
- 309 GASES EN SANGRE Y EL EQUILIBRO ACIDO-BASE: LAS CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTOS DE LOS DESEQUILIBRIOS EN EL SER HUMANO**
SERGIO PARDO TORRIJOS, CARLA BERNAL DOMENECH, ANA RODRÍGUEZ DURÁN, ALBA CALDERÓN DE JUAN Y CRISTINA TRUJILLO AGUILAR 1553
- 310 TREPONEMA PALLIDUM EN EL SER HUMANO Y LA DETECCIÓN DE LA SÍFILIS EN EL LABORATORIO CLÍNICO**
SERGIO PARDO TORRIJOS, CARLA BERNAL DOMENECH, ALBA CALDERÓN DE JUAN, ANA RODRÍGUEZ DURÁN Y CRISTINA TRUJILLO AGUILAR 1559
- 311 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL**
ALBA CALDERÓN DE JUAN, SERGIO PARDO TORRIJOS, CARLA BERNAL DOMENECH, ANA RODRÍGUEZ DURÁN Y CRISTINA TRUJILLO AGUILAR 1565
- 312 MARCADORES TUMORALES EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS**
ALBA CALDERÓN DE JUAN, SERGIO PARDO TORRIJOS, CARLA BERNAL DOMENECH, ANA RODRÍGUEZ DURÁN Y CRISTINA TRUJILLO AGUILAR 1571
- 313 RESISTENCIA BACTERIANA. PRUEBAS DE SENSIBILIDAD EN EL LABORATORIO**
ALBA CALDERÓN DE JUAN, SERGIO PARDO TORRIJOS, CARLA BERNAL DOMENECH, ANA RODRÍGUEZ DURÁN Y CRISTINA TRUJILLO AGUILAR 1579

314 LEUCOPLASIA ORAL	
SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES	1585
315 ANÁLISIS DE CÁLCULOS URINARIOS	
ANA RODRÍGUEZ DURÁN, CARLA BERNAL DOMENECH, CRISTINA TRUJILLO AGUILAR, SERGIO PARDO TORRIJOS Y ALBA CALDERÓN DE JUAN	1591
316 ESTUDIO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)	
ANA RODRÍGUEZ DURÁN, ALBA CALDERÓN DE JUAN, CRISTINA TRUJILLO AGUILAR, CARLA BERNAL DOMENECH Y SERGIO PARDO TORRIJOS	1597
317 DETERMINACIÓN DE ÁCIDO LÁCTICO Y PIRÚVICO	
ANA RODRÍGUEZ DURÁN, CARLA BERNAL DOMENECH, ALBA CALDERÓN DE JUAN, CRISTINA TRUJILLO AGUILAR Y SERGIO PARDO TORRIJOS	1601
318 ERRORES DE LA FASE PREANALÍTICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	
CRISTINA TRUJILLO AGUILAR, CARLA BERNAL DOMENECH, ANA RODRÍGUEZ DURÁN, ALBA CALDERÓN DE JUAN Y SERGIO PARDO TORRIJOS	1607
319 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS Y EL PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA	
DIANA MARIA BORS, ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA Y JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ	1611
320 EL PROCESO DEL TÉCNICO DE RAYOS DE LIMPIEZA E HIGIENE DE EQUIPOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
DIANA MARIA BORS, ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA Y JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ	1615
321 LA SEGURIDAD EN EL LABORATORIO	
MARIAM CASADO FERNANDEZ Y PILAR FERNANDEZ GONZÁLEZ	1619

- 322SISTEMÁTICO DE ORINA: SEDIMENTO URINARIO**
ANA LOPEZ GARCIA, MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA,
ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO Y MINH
QUYN UYEN LE 1623
- 323TRANSFORMANDO LA MEDICINA: EL IMPACTO DE LA
INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA**
ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ, CARMEN MORENO, FRANCISCO
JESÚS ROMERO MÉNDEZ, JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ Y
ANDREA GARCÍA 1627
- 324AVANCES EN SECUENCIACIÓN DE PRÓXIMA GENERACIÓN:
TRANSFORMANDO LA ERA GENÓMICA**
ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ, CARMEN MORENO, FRANCISCO
JESÚS ROMERO MÉNDEZ, JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ Y
ANDREA GARCÍA 1633
- 325DETECCIÓN DE MALARIA EN SANGRE PERIFÉRICA EN EL
LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
TAMARA HERRERO VALERO, MARIAM BLANCO NOVILLO, LORETO
GARCIA RODRIGUEZ Y LAURA HERNÁNDEZ LOZANO 1637
- 326CONCEPTO Y DETECCIÓN DE MARCADORES TUMORALES EN EL
ANÁLISIS CLÍNICO**
TAMARA HERRERO VALERO, LAURA HERNÁNDEZ LOZANO,
MARIAM BLANCO NOVILLO Y LORETO GARCIA RODRIGUEZ 1641
- 327PRUEBA RÁPIDA DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN EL
LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
TAMARA HERRERO VALERO, LORETO GARCIA RODRIGUEZ,
LAURA HERNÁNDEZ LOZANO Y MARIAM BLANCO NOVILLO 1649
- 328EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO.**
CRISTINA PAGE LAIN, VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO,
MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ
ESPARTERO Y MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL 1653

- 329PROCEDIMIENTOS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS
SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO: FORMACIÓN DEL
TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y
MEDICINA NUCLEAR**
SANDRA MARTÍN GARCÍA, RUBÉN PLAZA GUIJARRO, TOMAS
MORENO REDONDO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA
LÓPEZ 1657
- 330INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO Y RADIODIAGNOSTICO EN LAS ECOGRAFÍAS
DERMATOLÓGICAS DE LESIONES CUTÁNEAS**
SANDRA MARTÍN GARCÍA, RUBÉN PLAZA GUIJARRO, TOMAS
MORENO REDONDO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA
LÓPEZ 1661
- 331PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO Y RADIODIAGNÓSTICO EN LA PRUEBA
DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL**
SANDRA MARTÍN GARCÍA, RUBÉN PLAZA GUIJARRO, TOMAS
MORENO REDONDO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA
LÓPEZ 1665
- 332CRIBADO NEONATAL O POSTNATAL, ANÁLISIS EN EL
LABORATORIO**
DAVID GARCÍA RUBIO, CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ,
ROCÍO DEL RAMO ROMERO, INMACULADA PASTOR SICILIA Y
CRISTINA LOPEZ MARTINEZ 1669
- 333ESTUDIO DE LA CRISTALURIA EN EL LABORATORIO**
BEATRIZ AZORÍN DELEGIDO 1673
- 334DETECCIÓN DEL BACILO TUBERCULOSO. MÉTODOS EN UN
LABORATORIO CLÍNICO. PRESENTE Y FUTURO**
CRISTINA TRUJILLO AGUILAR, CARLA BERNAL DOMENECH, ANA
RODRÍGUEZ DURÁN, ALBA CALDERÓN DE JUAN Y SERGIO PARDO
TORRIJOS 1679

- 335 DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓTICA. TRATAMIENTOS EN ODONTOLOGÍA**
SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES 1685
- 336 ANATOMÍA DEL HOMBRO: LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**
GONZALO ALMODÓVAR PERALES, MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, ELENA SANCHEZ FERNANDEZ Y RAQUEL LOPEZ GARCIA 1689
- 337 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CUELLO**
MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, GONZALO ALMODÓVAR PERALES, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, ELENA SANCHEZ FERNANDEZ Y RAQUEL LOPEZ GARCIA 1693
- 338 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE TOBILLO**
RAQUEL LOPEZ GARCIA, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, GONZALO ALMODÓVAR PERALES Y ELENA SANCHEZ FERNANDEZ 1697
- 339 DETERMINACIONES ANALÍTICAS DE LÍQUIDO SINOVIAL EN EL LABORATORIO**
ANA LOPEZ GARCIA, ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO Y MINH QUYN UYEN LE 1701
- 340 USO ADECUADO DE GUANTES**
CRISTINA VEGA GARCIA, MARIA FERNANDEZ GUTIERREZ, RUBEN MIRANDA MORAN, ELIZABET PUENTE FERNANDEZ Y MARÍA AMOR SUÁREZ MENÉNDEZ 1705

- 341 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU ACTUACION EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA**
BLANCA VALVERDE LEIVA, MARTA MORENO URREA, VICTORIA
SIMÓN CABRERA, ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO Y
ANTONIA RUIZ LOZANO 1709
- 342 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU COMETIDO EN ODONTOLOGIA**
BLANCA VALVERDE LEIVA, MARTA MORENO URREA, VICTORIA
SIMÓN CABRERA, ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO Y
ANTONIA RUIZ LOZANO 1715
- 343 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA**
BLANCA VALVERDE LEIVA, MARTA MORENO URREA, VICTORIA
SIMÓN CABRERA, ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO Y
ANTONIA RUIZ LOZANO 1719
- 344 HEMÓLISIS EN LA FASE PREANALÍTICA DE MUESTRAS DE SANGRE. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS**
CRISTINA TRUJILLO AGUILAR, CARLA BERNAL DOMENECH, ANA
RODRÍGUEZ DURÁN, ALBA CALDERÓN DE JUAN Y SERGIO PARDO
TORRIJOS 1723
- 345 ESTUDIO BIOQUÍMICO DE LA FISIOPATOLOGÍA RENAL**
DAVID GARCÍA RUBIO, CELIA GONZALEZ-REFORMA IBÁÑEZ,
ROCÍO DEL RAMO ROMERO, INMACULADA PASTOR SICILIA Y
CRISTINA LOPEZ MARTINEZ 1729
- 346 RESONANCIA MAGNÉTICA: TÉCNICAS, RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS**
MARIA FERNANDEZ GUTIERREZ, MARÍA AMOR SUÁREZ
MENÉNDEZ, CRISTINA VEGA GARCIA, ELIZABET PUENTE
FERNANDEZ Y RUBEN MIRANDA MORAN 1733

- 347** **COMPETENCIAS DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
DIDIER VIREY ALCAIDE, ESTEBAN TEJADO VELASCO, RAQUEL GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO Y ATENEA PALOMARES GARCÍA 1737
- 348** **INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN PREVIA A UN ESTUDIO DE RADIOLOGÍA SIMPLE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ESTEBAN TEJADO VELASCO, DIDIER VIREY ALCAIDE, RAQUEL GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO Y ATENEA PALOMARES GARCÍA 1741
- 349** **EL TÉCNICO EN IMAGEN Y RADIODIAGNÓSTICO Y LA ORTOPANTOMOGRAFÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
RAQUEL GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO, DIDIER VIREY ALCAIDE, ESTEBAN TEJADO VELASCO Y ATENEA PALOMARES GARCÍA 1745
- 350** **EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA RADIOGRAFÍA DE MAMA O MAMOGRAFÍA**
PAULA MORCILLO ANTÓN, SARA SOMOHANO MAGADÁN, LAURA VELEZ MANZANO, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1749
- 351** **EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA PORTÁTIL**
SARA SOMOHANO MAGADÁN, PAULA MORCILLO ANTÓN, LAURA VELEZ MANZANO, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1753
- 352** **EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA OCLUSAL**
LAURA VELEZ MANZANO, PAULA MORCILLO ANTÓN, SARA SOMOHANO MAGADÁN, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1757

- 353 OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN RADIOTERAPIA: AVANCES EN DOSIMETRÍA Y PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS**
NAZARET JIMÉNEZ BRAVO, PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ,
MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ Y
ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ 1761
- 354 EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE TÉCNICAS DE DOSIMETRÍA EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA**
NAZARET JIMÉNEZ BRAVO, PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ,
MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ Y
ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ 1767
- 355 RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES: IMPACTO EN LA DOSIMETRÍA Y PRECISIÓN DEL TRATAMIENTO**
NAZARET JIMÉNEZ BRAVO, PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ,
MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ Y
ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ 1773
- 356 EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CORTES EN PARAFINA**
MARTA AGUIRRE MORENO Y BEATRIZ RIGOTE MORENO 1779
- 357 LA BIOPSIA LÍQUIDA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA**
MARTA AGUIRRE MORENO Y BEATRIZ RIGOTE MORENO 1783
- 358 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN ALTERACIONES ERITROCITARIAS**
ANTONIO RIOS MOLINA 1787
- 359 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD**
ANTONIO RIOS MOLINA 1793
- 360 AISLAMIENTO Y RECuento DE MICROORGANISMOS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA.**
ANA LOPEZ GARCIA, ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ, MARÍA DE LOS
ÁNGELES DELGADO GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO Y MINH
QUYN UYEN LE 1797

361	TÉCNICO DE LABORATORIO. TINCIONES BÁSICAS EN MICROBIOLOGÍA MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS	1801
362	LAS TÉCNICAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA ACTUALES PARA EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR JOSEFA BONACHE VIVANCOS	1809
363	PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL LABORATORIO DAVID GARCÍA RUBIO, CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ, ROCÍO DEL RAMO ROMERO, INMACULADA PASTOR SICILIA Y CRISTINA LOPEZ MARTINEZ	1813
364	EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA DIFERENCIA DEL YODADO Y GADOLINIO YOLANDA LAGO MARTINEZ	1817
365	EL PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS EN ESTUDIOS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR YOLANDA LAGO MARTINEZ	1821
366	EL TÉCNICO DE RAYOS, EL MARCAPASOS Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA YOLANDA LAGO MARTINEZ	1827
367	EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES. MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE, ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO Y BEATRIZ MARIN PASTOR	1831
368	EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA. LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE SIMULACIÓN. REVISION BIBLIOGRAFICA ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO, MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE Y BEATRIZ MARIN PASTOR	1835

- 369 EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE ENDOMETRIO**
BEATRIZ MARIN PASTOR, MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE Y ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO 1839
- 370 FUNCIONAMIENTO Y APLICACIÓN DEL MALDI-TOF EN MICROBIOLOGÍA**
LUCÍA PINTADO DEL RÍO 1843
- 371 MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA LA COVID-19**
SOFÍA FERNÁNDEZ ROCES 1847
- 372 RESIDUOS SANITARIOS**
SARA ANTUÑA FONSECA 1851
- 373 CARACTERÍSTICAS Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD**
ANA MARIA LIGERO MINGUEZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, CRISTINA GOMEZ SOGUERO Y JUAN CALONGE MOLERO 1855
- 374 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
ANA MARIA LIGERO MINGUEZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, CRISTINA GOMEZ SOGUERO Y JUAN CALONGE MOLERO 1859
- 375 COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA**
ANA MARIA LIGERO MINGUEZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, CRISTINA GOMEZ SOGUERO Y JUAN CALONGE MOLERO 1863
- 376 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EL SÍNDROME DE BURNOUT**
JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN, RAQUEL MAROTO SEVILLA, MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, JULIA MARIA MORENO PECO Y REBECA CORREDERA MARTÍN 1867

- 377 LA ASERTIVIDAD DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE**
MAGALI PRIETO CORREGIDOR, BEATRIZ SUSIN CABALLERO,
IRENE BORRELL PANDURO, MARIA DEL CARMEN HENARES
GONZÁLEZ Y CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO 1871
- 378 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA**
JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN, RAQUEL MAROTO SEVILLA,
REBECA CORREDERA MARTÍN, MARÍA TERESA VILLALTA
JIMÉNEZ Y JULIA MARIA MORENO PECO 1875
- 379 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ESTRESADO**
JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN, RAQUEL MAROTO SEVILLA,
REBECA CORREDERA MARTÍN, MARÍA TERESA VILLALTA
JIMÉNEZ Y JULIA MARIA MORENO PECO 1879
- 380 ACTUACIÓN DEL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE**
ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO, GEMMA GONZALEZ SAN
SEGUNDO, JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO, MIRIAN GARCIA
GARCIA Y JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES 1883
- 381 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA**
ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO, MIRIAN GARCIA GARCIA, JUAN
ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES, JOSÉ MIGUEL CALDERÓN
NAVARRO Y GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO 1887
- 382 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
LUIS FERNANDO HERVAS RICO, CAROLINA HURTADO GARCIA,
ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA Y
MARÍA ISABEL LEO MOLERO 1891
- 383 COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)**
LUIS FERNANDO HERVAS RICO, CAROLINA HURTADO GARCIA,
ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA Y
MARÍA ISABEL LEO MOLERO 1895

- 384 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS**
LUIS FERNANDO HERVAS RICO, CAROLINA HURTADO GARCIA,
ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA Y
MARÍA ISABEL LEO MOLERO 1899
- 385 PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO**
ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO, JOSÉ MIGUEL CALDERÓN
NAVARRO, MIRIAN GARCIA GARCIA, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ
CORCOLES Y GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO 1903
- 386 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) HOSPITALARIA. CONSIDERACIONES Y FUNCIONES PRINCIPALES**
JAVIER CRESPO NAVARRO, ANDRÉS PERALTA ALDAVERO, SARA
JUAN GARCIA, JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE Y JESÚS RAMON
CABRERA NAVARRO 1907
- 387 APOYO Y CUIDADOS DEL CELADOR A NIÑOS HOSPITALIZADOS**
LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, AMALIA CARRETERO MARUGAN,
MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ, MARIA DE LO ALTO MORENO
QUESADA Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1911
- 388 EL PACIENTE EN CAMA Y EL PROCEDIMIENTO DE ASEO DEL CELADOR EN ESTE**
LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, AMALIA CARRETERO MARUGAN,
MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ, MARIA DE LO ALTO MORENO
QUESADA Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1915
- 389 IMPORTANTES FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA DE HOSPITAL**
LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, AMALIA CARRETERO MARUGAN,
MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ, MARIA DE LO ALTO MORENO
QUESADA Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1919
- 390 EL SÍNDROME DE BURNOUT**
SILVIA FERNANDEZ CANO Y SANDRA RODRÍGUEZ VALDES 1923

- 391 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS**
ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, SOLEDAD MINGUEZ
FERNANDEZ, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, EVA MARIA
VELA PALOMINO Y FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ 1927
- 392 COMPARATIVA ENTRE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA E HISTORIA CLÍNICA EN PAPEL**
PATRICIA CORA REVUELTA DE GUZMÁN 1937
- 393 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y COSTES PARA LA SALUD Y LA SOCIEDAD**
MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO Y JOANA GONZALEZ ALVAREZ 1941
- 394 LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS ANTE PACIENTES EXTRANJEROS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO, BEATRIZ SUSIN CABALLERO,
MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ, IRENE BORRELL
PANDURO Y MAGALI PRIETO CORREGIDOR 1947
- 395 IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE EL PACIENTE TERMINAL Y SU FALLECIMIENTO**
MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO Y JOANA GONZALEZ ALVAREZ 1951
- 396 LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS**
MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE, SONIA MORENO CABEZAS Y
CARLOS AUÑÓN FAJARDO 1955
- 397 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS DE UN HOSPITAL**
AGUSTIN ANGEL GALLEG0 GUTIERREZ, DANIEL GAMERO
MARTÍN CASTAÑO, JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO,
ENCARNACION SANCHEZ RUIZ Y VICENTE ROSADO SOTO 1959

- 398EL PLANTEAMIENTO DE LA POSIBILIDAD DEL TELETRABAJO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD**
MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ, BEATRIZ SUSIN CABALLERO, CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO, IRENE BORRELL PANDURO Y MAGALI PRIETO CORREGIDOR 1963
- 399TARJETA SANITARIA**
SONIA MORENO CABEZAS, CARLOS AUÑON FAJARDO Y MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE 1967
- 400CAMBIOS POSTURALES. ÚLCERAS POR PRESIÓN. ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO**
MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO Y JOANA GONZALEZ ALVAREZ 1971
- 401EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES DE PACIENTES**
ADAM VICENTE OTERO 1977
- 402PRINCIPALES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
SONIA MORENO CABEZAS, MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE Y CARLOS AUÑON FAJARDO 1981
- 403LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE QUEMADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO**
TOMAS BARBA LOPEZ 1985
- 404FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIOS**
ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, EVA MARIA VELA PALOMINO, SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ Y FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ 1989
- 405FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, EVA MARIA VELA PALOMINO, SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ Y FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ 1999

- 406EL/LA CELADOR/A EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO**
JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA,
PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, DAVID PECERO
BALSER, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA Y
IZAN BELDAD GARCÍA MORENO 2005
- 407EL CELADOR/A EN ATENCIÓN PRIMARIA**
JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA,
PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, DAVID PECERO
BALSER, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA Y
IZAN BELDAD GARCÍA MORENO 2011
- 408EL/LA CELADOR/A EN EL TRANSPORTE SANITARIO**
JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA,
PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, DAVID PECERO
BALSER, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA Y
IZAN BELDAD GARCÍA MORENO 2017
- 409EL CELADOR Y SUS PRINCIPALES ACTUACIONES EN CONSULTAS
EXTERNAS**
MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA, ARIANNY TATIANA
ZAMBRANO MUÑOZ, MIGUEL CARRILLO GARCIA, ERIC OCAÑA
FERNANDEZ Y DAVID CANO GOMEZ 2023
- 410EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE TIENE EN UNA FARMACIA
HOSPITALARIA**
MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA, ARIANNY TATIANA
ZAMBRANO MUÑOZ, MIGUEL CARRILLO GARCIA, ERIC OCAÑA
FERNANDEZ Y DAVID CANO GOMEZ 2027
- 411 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE QUE SE
ENCUENTRA AGITADO**
MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA, ARIANNY TATIANA
ZAMBRANO MUÑOZ, DAVID CANO GOMEZ, ERIC OCAÑA
FERNANDEZ Y MIGUEL CARRILLO GARCIA 2031

- 412 CONSECUENCIAS DEL ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL**
JOSÉ RUBÉN HUERGO FERNÁNDEZ, NOELIA GONZÁLEZ PELÁEZ,
MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, MARÍA ARANTZAZU
DÍAZ ÁLVAREZ Y MARÍA INMACULADA GONZÁLEZ MORENO 2035
- 413 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA SANIDAD PÚBLICA**
MARÍA MADRID MARTÍNEZ, SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ,
MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO
GARCÍA Y JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ 2041
- 414 DISTRIBUCIÓN Y LABORES DE CADA PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA CINTA DE EMPLATADO**
MARÍA MADRID MARTÍNEZ, SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ,
MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO
GARCÍA Y JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ 2049
- 415 PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS**
MARÍA MADRID MARTÍNEZ, SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ,
MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO
GARCÍA Y JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ 2053
- 416 OPTIMIZACIÓN DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA DE CALEFACTORES EN ENTORNOS HOSPITALARIOS**
JOAQUIN MARTINEZ REINA, JESUS MANUEL ALARCON SIELVA,
GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ Y
CARLOS GARCÍA OLIVAS 2057
- 417 EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL DIAGNÓSTICO ES UN EXAMEN IMAGENOLÓGICO**
DIANA MARIA BORS, ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA
MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA Y JOSÉ ALBERTO
CASTRO FERNÁNDEZ 2063

418 EVALUACIÓN DE CALEFACTORES DE ALTA SEGURIDAD PARA HOSPITALES	
JOAQUIN MARTINEZ REINA, CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ Y JESUS MANUEL ALARCON SIELVA	2067
419 IMPACTO DE LA TEMPERATURA EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES: UN ANÁLISIS DE CALEFACTORES HOSPITALARIOS	
JOAQUIN MARTINEZ REINA, CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ Y JESUS MANUEL ALARCON SIELVA	2073
420 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISIÓN HOSPITALARIA	
MARI ÁNGELES GARCÍA CARRASCO	2079
421 LAS DIVERSAS FUNCIONES A REALIZAR POR EL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE LA PIEL DEL PACIENTE PARA UNA CIRUGÍA	
JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN, MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ Y JOSE NAVARRO GODRID	2083
422 ABORDAJE PREVENTIVO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO	
MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, SANDRA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ, DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN Y NATALIA EUGENIA GALINDO SEBASTIANI	2087
423 CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO	
SANDRA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ, DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN, NATALIA EUGENIA GALINDO SEBASTIANI Y MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ	2091

424	EL PAPEL DE LOS CELADORES EN LAS EMERGENCIAS SANITARIAS JOSÉ GARCÍA CANO, MIHAELA PINTEA, DANIEL DÍAZ PINTEA, ANA MARIA SOTO DELGADO Y CRISTINA SANCHEZ CARPENA	2095
425	EL CELADOR DE PUERTA. CONTROL DE ACCESO DE FAMILIARES Y PROTOCOLOS ACTUALES JOSÉ GARCÍA CANO, MIHAELA PINTEA, DANIEL DÍAZ PINTEA, ANA MARIA SOTO DELGADO Y CRISTINA SANCHEZ CARPENA	2099
426	PROTOCOLO Y ACTUACIONES DEL CELADOR EN PLANTA JOSÉ GARCÍA CANO, MIHAELA PINTEA, DANIEL DÍAZ PINTEA, ANA MARIA SOTO DELGADO Y CRISTINA SANCHEZ CARPENA	2103
427	LOS DIFERENTES MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS POR EL CELADOR EN LOS TRASLADOS DE LOS PACIENTES ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA, FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE, MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO Y ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA	2107
428	EL CELADOR CON FUNCIONES ADMINISTRATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA, FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE, MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO Y ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA	2111
429	INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS DE OFTALMOLOGÍA ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA, FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE, MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO Y ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA	2115

- 430**TRASLADOS DE LOS PACIENTES DENTRO DE LAS INTITUCIONES
SANITARIAS. EL TRASLADO DEL PACIENTE COMO FUNCIÓN
EXCLUSIVA DEL CELADOR
BERNARDO LUZ MARTÍNEZ, LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ,
MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS, ANTONIO
FERNÁNDEZ VILLAGRÁN Y AITOR GÓMEZ SAIZ 2119
- 431**LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA DEAMBULACIÓN
DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y EN LOS
CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN A PACIENTES
PARAPLÉJICOS
LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ, MARÍA DE LOS SANTOS
ALCÁZAR GRANADOS, ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN,
AITOR GÓMEZ SAIZ Y BERNARDO LUZ MARTÍNEZ 2123
- 432**EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS
MÓNICA MARTÍNEZ SOLA 2127
- 433**FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DE LOS PACIENTES
MÓNICA MARTÍNEZ SOLA 2131
- 434**FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE
REANIMACIÓN
MARIA ELENA MARTINEZ MORENO, LAURA TEBAR TORRES,
BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO Y
MARIA JULIA ROMERO LUJAN 2135
- 435**FOMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES
QUE PASAN POR UN ICTUS. EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO
EN ATENCIÓN HOSPITALARIA
MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR 2139
- 436**EL CELADOR ANTE EL PACIENTE DE CARDIOLOGÍA.
CRISTINA PAGE LAIN, VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO,
MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ
ESPARTERO Y MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL 2143

- 437 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO.**
CRISTINA PAGE LAIN, VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO,
MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ
ESPARTERO Y MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL 2147
- 438 EL CELADOR EN REHABILITACIÓN**
ADAM VICENTE OTERO 2151
- 439 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SU ASEO A LOS NEONATOS**
NOEMI SABIDO GARCÍA, DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA
SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO Y
LARA PALOMARES REBOLLERO 2155
- 440 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU COMETIDO EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO**
NOELIA ACOBI MARTINEZ, MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ,
BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO Y
ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY 2159
- 441 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**
NOELIA ACOBI MARTINEZ, MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ,
BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO Y
ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY 2163
- 442 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS DE UN HOSPITAL**
NOELIA ACOBI MARTINEZ, MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ,
BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO Y
ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY 2167
- 443 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS COMETIDOS EN LA SALA DE ARRITMIAS**
ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ, ANTONIA MAESTRE
GONZÁLEZ, AQUILINA CERDAN JIMENEZ, CORAL RAMÍREZ MORA
Y JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN 2171

444	EL ROL DEL ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA CONTABLE DE UN HOSPITAL BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO, MARIA JESUS MORA HIDALGO, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN Y SILVIA CARRION PARDO	2175
445	DERECHOS Y DEBERES DEL ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA CONTABLE DE UN HOSPITAL BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO, MARIA JESUS MORA HIDALGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA Y SILVIA CARRION PARDO	2179
446	RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DEL ADMINISTRATIVO EN LA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE UN HOSPITAL BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO, MARIA JESUS MORA HIDALGO, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN Y SILVIA CARRION PARDO	2183
447	EL TELEFONISTA Y LAS TÉCNICAS PARA MEJORAR EL ESTRÉS LABORAL EN SU PUESTO DE TRABAJO RAQUEL VELASCO MAÑAS	2187
448	MEJORAR LA POSTURA CORPORAL PARA CONSEGUIR UN BUEN RENDIMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO DE TELEFONISTA DE UN HOSPITAL RAQUEL VELASCO MAÑAS	2191
449	MÉTODOS ORIENTADOS A LA PERSONA TELEFONISTA PARA ALCANZAR UNA COMUNICACIÓN EFICAZ CON EL/LA PACIENTE O USUARIO/A EN UN CENTRO SANITARIO RAQUEL VELASCO MAÑAS	2195
450	DEPORTE Y LONGEVIDAD JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO	2201

- 451 LA LABOR ESENCIAL DEL CELADOR HOSPITALARIO:
GARANTIZANDO LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL CENTRO DE
SALUD**
JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO, ANDRÉS PERALTA ALDAVERO,
SARA JUAN GARCIA, JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE Y JAVIER
CRESPO NAVARRO 2205
- 452 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA HOSPITALARIA:
FUNCIONES**
ISMAEL CARBONELL GARCÍA, MARIA MERCEDES MERENCIANO
HERNANDEZ, MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ, MARTA SANCHEZ
MORENO Y CONSUELO HERNÁNDEZ YUST 2209
- 453 ATENCIÓN AL PACIENTE Y LAS FUNCIONES DE EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
ISMAEL CARBONELL GARCÍA, MARIA MERCEDES MERENCIANO
HERNANDEZ, MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ, CONSUELO
HERNÁNDEZ YUST Y MARTA SANCHEZ MORENO 2213
- 454 LA CONTRIBUCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: SALUD
COMUNITARIA**
ISMAEL CARBONELL GARCÍA, CONSUELO HERNÁNDEZ YUST,
MARTA SANCHEZ MORENO, MARIA MERCEDES MERENCIANO
HERNANDEZ Y MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ 2217
- 455 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO
DE SUMINISTROS**
MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA, MARIA DEL PILAR
VILLOLDO JAREÑO Y MARIA ANGELES PALOMINO ESCRIBANO 2221
- 456 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE
REANIMACIÓN**
MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA, MARIA DEL PILAR
VILLOLDO JAREÑO Y MARIA ANGELES PALOMINO ESCRIBANO 2225
- 457 ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA, M DEL CARMEN RICO
CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS
VALLEJO VILLANUEVA Y ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ 2229

- 458 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN
EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
VICENTE ROSADO SOTO, DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO,
ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, AGUSTIN ANGEL GALLEGO
GUTIERREZ Y JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO 2233
- 459 EL CELADOR EN HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN:
ADAPTACIÓN A ENTORNOS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN**
LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉSTAR, DANIELA BECERRA
MATEOS-APARICIO, HAMZA CHEDADI LAGHDAS, CRISTINA
TIRADO MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 2237
- 460 MANEJO DE TECNOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS AVANZADAS: EL
CELADOR EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA**
LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉSTAR, DANIELA BECERRA
MATEOS-APARICIO, HAMZA CHEDADI LAGHDAS, CRISTINA
TIRADO MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 2243
- 461 ACTUACIÓN E IMPLICACIÓN DE EL CELADOR EN LOS
QUIRÓFANOS INFANTILES**
LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉSTAR, DANIELA BECERRA
MATEOS-APARICIO, HAMZA CHEDADI LAGHDAS, CRISTINA
TIRADO MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 2251
- 462 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISIÓN EN
CONSULTAS EXTERNAS**
MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO, ANGEL GARCIA TENORIO
BENITEZ, RAQUEL COSTA SÁNCHEZ, MONTSE BUSTOS MATIAS Y
RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ 2257
- 463 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA HOSPITALARIA:
GESTIÓN EFICIENTE DE LA ATENCIÓN MÉDICA**
MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO, RAQUEL COSTA SÁNCHEZ,
ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ, RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ Y
MONTSE BUSTOS MATIAS 2261

- 464EL PAPEL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA
GESTIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO, MONTSE BUSTOS MATIAS,
RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ, ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ Y
RAQUEL COSTA SÁNCHEZ 2265
- 465EL CELADOR ANTE LOS DIFERENTES TIPOS DE CAMAS Y
CAMILLAS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
RUBENS TORIJA RESUELA 2269
- 466EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN
ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ÁMBITO
HOSPITALARIO**
ALICIA SÁNCHEZ POBLETE, MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES,
LAURA GARRIDO ORMEÑO, SORAYA NOGALES PIQUERAS Y
MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO 2275
- 467EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE
FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
MARTA HUERTA GARCES, ANA MARIA LUCHA PALOMARES, EVA
ANTÓN SANZ, ADELA GARCÍA GARCÍA Y MARIA SATURNINA
GARCIA JAEN 2279
- 468FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS
DE SALUD: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE**
MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS,
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA,
CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO Y LAURA ALBERCA
CARRAMOLINO 2283
- 469PINCHES: MÁS ALLÁ DE ASISTENTES DE COCINA HOSPITALARIA**
GEMA SANCHEZ JIMENEZ 2287
- 470TECNOLOGÍA ALIMENTARIA Y DIETAS VANGUARDISTAS EN LA
RESTAURACIÓN HOSPITALARIA: LOS PINCHES Y SU PAPEL
ESENCIAL**
GEMA SANCHEZ JIMENEZ 2293

- 471 TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LABORATORIO**
JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO, MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ
RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ
SUAREZ Y JOSEFA PULIDO LOPEZ 2299
- 472 TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO, MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ
RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ
SUAREZ Y JOSEFA PULIDO LOPEZ 2303
- 473 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARTA HUERTA GARCES, ANA MARIA LUCHA PALOMARES, EVA
ANTÓN SANZ, ADELA GARCÍA GARCÍA Y MARIA SATURNINA
GARCIA JAEN 2307
- 474 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTRO DE SALUD**
MARTA HUERTA GARCES, ANA MARIA LUCHA PALOMARES, EVA
ANTÓN SANZ, ADELA GARCÍA GARCÍA Y MARIA SATURNINA
GARCIA JAEN 2311
- 475 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LAS FUNCIONES DE CONTROL EN UN HOSPITAL**
ALICIA CARRETERO AMORES, ISMAEL CARRETERO AMORES,
ESTHER AMORES BERMEJO Y MARIA CONSUELO SANCHEZ
GARCIA 2315
- 476 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE EVENTOS Y REUNIONES DEL HOSPITAL**
ALICIA CARRETERO AMORES, ISMAEL CARRETERO AMORES,
ESTHER AMORES BERMEJO Y MARIA CONSUELO SANCHEZ
GARCIA 2319

- 477 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL ÉNFASIS EN LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL**
MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES, ALICIA SÁNCHEZ POBLETE,
LAURA GARRIDO ORMEÑO, SORAYA NOGALES PIQUERAS Y
MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO 2323
- 478 **ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN, COLOCACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA MERCANCIA PESADA DE LA FARMACIA HOSPITALARIA**
ANTONIO LARA CARRASCO, PAULA LÓPEZ GARCÍA, ANTONIO
GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO Y JOSE MARIA
ROYO LOPEZ 2327
- 479 **EL CELADOR DE QUIROFANO Y LAS POSICIONES QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES.**
ANTONIO LARA CARRASCO, PAULA LÓPEZ GARCÍA, ANTONIO
GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO Y JOSE MARIA
ROYO LOPEZ 2331
- 480 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.**
ANTONIO LARA CARRASCO, PAULA LÓPEZ GARCÍA, ANTONIO
GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO Y JOSE MARIA
ROYO LOPEZ 2335
- 481 **AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y SU LABOR EN FARMACIA.**
MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS,
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA,
CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO Y LAURA ALBERCA
CARRAMOLINO 2339
- 482 **ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD EN LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL**
LAURA GARRIDO ORMEÑO, SORAYA NOGALES PIQUERAS, ALICIA
SÁNCHEZ POBLETE, MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES Y MONICA
FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO 2343

483	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS HABITACIONES DE LOS HOSPITALES MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ, VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ Y JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ	2347
484	EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL ANIMALARIO JAVIER MONTERO VÁZQUEZ, JOSE URREA GARCÍA, GABRIEL MONTERO BALLESTEROS, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS Y AISHA SÁEZ SÁNCHEZ	2351
485	PERFILES DE CELADOR Y SUS FUNCIONES EN PLANTA COVID JAVIER MONTERO VÁZQUEZ, GABRIEL MONTERO BALLESTEROS, JOSE URREA GARCÍA, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS Y AISHA SÁEZ SÁNCHEZ	2355
486	PAPEL DEL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE EN EL HOSPITAL JAVIER MONTERO VÁZQUEZ, GABRIEL MONTERO BALLESTEROS, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS, AISHA SÁEZ SÁNCHEZ Y JOSE URREA GARCÍA	2359
487	VIOLENCIA HACIA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD JAIONE HERNÁNDEZ DÍEZ	2363
488	EL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN SANIDAD LETICIA MOSQUERA SUAREZ	2367
489	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL LETICIA MOSQUERA SUAREZ	2371
490	EL PERSONAL DE FONTANERÍA DE UN HOSPITAL EN EL MANTENIMIENTO EN LOS SISTEMAS DE AGUAS CALIENTES DAVID ABAD GONZÁLEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, JAIME LOPEZ LOZANO, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y ALVARO FERRE NAVARRO	2375

- 491** **LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS CENTROS
SANITARIOS Y EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL USO DE LA VOZ**
GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID, MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ
ELIZALDE, JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ, MARIA JESUS
LOPEZ GARCIA Y MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN 2379
- 492** **EL GRUPO PROFESIONAL DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN
LOS CENTROS SANITARIOS Y LAS AGRESIONES**
JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ, MARÍA DOLORES MORENO
MARTÍN, MARIA JESUS LOPEZ GARCIA, MARIA ANTIGUA
SÁNCHEZ ELIZALDE Y GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID 2383
- 493** **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
LABORATORIO CLINICO Y BIOMEDICO DE LOS HOSPITALES**
MARIA JESUS LOPEZ GARCIA, GEMA MARIA ROMERA
VALLADOLID, MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE, JESSICA
ISABEL MARTIN GONZALEZ Y MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN 2387
- 494** **CELADOR EN SALUD MENTAL: CUIDANDO EL BIENESTAR
PSICOLÓGICO**
MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS, MARIA ISABEL
BARRIONUEVO JURADO, MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO,
MARIA DEL MAR DEL POZO COBO Y MANUEL LÓPEZ TROYANO 2391
- 495** **EL CELADOR: ADAPTANDO LA MOVILIZACIÓN AL PACIENTE**
MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS, MARTA RODRÍGUEZ
CORROCHANO, MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO, MANUEL
LÓPEZ TROYANO Y MARIA DEL MAR DEL POZO COBO 2395
- 496** **EL CELADOR Y LA ERGONOMÍA: CUIDANDO LA SALUD Y EL
BIENESTAR EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS, MARIA DEL MAR DEL
POZO COBO, MANUEL LÓPEZ TROYANO, MARIA ISABEL
BARRIONUEVO JURADO Y MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO 2399

- 497EL CELADOR ANTE EL SECRETO PROFESIONAL Y LA RELACIÓN
CON EL PACIENTE Y FAMILIARES**
JUAN CARLOS GARCIA SANCHEZ, RAUL MARTINEZ MOROTE,
CAROLINA MORENO FELIPE, RAÚL GÓMEZ MOLINA Y LUCÍA
GÓMEZ MOLINA 2403
- 498FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS
INSTITUCIONES SANITARIAS**
JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO, AROA PÉREZ BUENACHE,
CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA REDONDO SARMIENTO Y
SANDRA CAÑADILLA ORTIZ 2407
- 499EL CELADOR COMO FIGURA PROFESIONAL**
JOSE BIEDMA PEREZ, PATRICIA ARÉVALO MONTES, ISABEL
GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 2411
- 500EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**
JOSE BIEDMA PEREZ, PATRICIA ARÉVALO MONTES, ISABEL
GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 2415
- 501EL CELADOR GERIÁTRICO**
JOSE BIEDMA PEREZ, PATRICIA ARÉVALO MONTES, ISABEL
GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 2419
- 502¿QUÉ FUNCIONES REALIZA EL CELADOR EN LA UNIDAD DE
ICTUS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES?**
JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ, DIANA MARIA QUERO
PALOMINO, JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL
CASERO MONTEALEGRE Y ANA CANO PEÑA 2423
- 503EL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: TRASLADOS DE
DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y NO SANITARIA EN EL CENTRO
DE SALUD**
JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ, DIANA MARIA QUERO
PALOMINO, JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL
CASERO MONTEALEGRE Y ANA CANO PEÑA 2427

504	LA FUNCIÓN DE RASURADO POR EL CELADOR A LOS PACIENTES MASCULINOS EN AUSENCIA DEL PELUQUERO JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ, DIANA MARIA QUERO PALOMINO, JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE Y ANA CANO PEÑA	2431
505	EL CELADOR Y LAS DISTINTAS CAMAS HOSPITALARIAS MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO	2435
506	LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA AROA PÉREZ BUENACHE, CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA REDONDO SARMIENTO, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ Y JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO	2439
507	EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA HADILLA MOHAMED ABDESELAM	2443
508	FONTANEROS Y EL TIPO DE MANTENIMIENTO PARA LOS HOSPITALES DAVID ABAD GONZÁLEZ, JAIME LOPEZ LOZANO, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y ALVARO FERRE NAVARRO	2447
509	MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES DE AGUA Y FONTANERÍA DE UN HOSPITAL DAVID ABAD GONZÁLEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, JAIME LOPEZ LOZANO, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y ALVARO FERRE NAVARRO	2451
510	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SORAYA NOGALES PIQUERAS	2455

- 511 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS (UCA)**
MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR 2459
- 512 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO**
CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ, BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, MARIA CARMEN FLORES CUESTA, LIDIA MARTIN COLILLA Y INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2463
- 513 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE**
CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ, MARIA CARMEN FLORES CUESTA, BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y LIDIA MARTIN COLILLA 2467
- 514 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS GESTIÓN DE AGENDAS HOSPITALARIAS**
CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ, LIDIA MARTIN COLILLA, INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO Y MARIA CARMEN FLORES CUESTA 2471
- 515 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA REDONDO SARMIENTO, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO Y AROA PÉREZ BUENACHE 2475
- 516 EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA**
MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN, REBECA FLORES MORCILLO Y SALVADOR GALLEGU CASTAÑO 2479

- 517 EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
SALVADOR GALLEGO CASTAÑO, MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN Y REBECA FLORES MORCILLO 2483
- 518 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
REBECA FLORES MORCILLO, MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN Y SALVADOR GALLEGO CASTAÑO 2487
- 519 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EVACUACIÓN POR RIESGO DE EMERGENCIA**
ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, ISABEL PADRÓ ZAPATA, JENNIFER MORENO MORENO, ELENA AGUDO DE LA CUERDA Y SHEILA GARCÍA PEREZ 2491
- 520 EL CELADOR Y LA CARGA MENTAL EN UNA JORNADA LABORAL**
ISABEL PADRÓ ZAPATA, ELENA AGUDO DE LA CUERDA, JENNIFER MORENO MORENO, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ Y SHEILA GARCÍA PEREZ 2495
- 521 VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES DROGODEPENDIENTE DESDE EL TRABAJO SOCIAL**
PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ 2499
- 522 LAS POSTURAS QUE DEBE DE CONOCER UN CELADOR DE QUIRÓFANO**
ELENA AGUDO DE LA CUERDA, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, ISABEL PADRÓ ZAPATA, JENNIFER MORENO MORENO Y SHEILA GARCÍA PEREZ 2503

- 523 EL CELADOR Y LOS DETERGENTES**
 MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ, VERÓNICA MARÍA ARANGO
 GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES
 NOLASCO PEREZ Y JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ 2507
- 524 DISPOSICIÓN Y MEJORA CONTINUA EN ATENCIÓN CON LOS
 USUARIOS**
 LAURA DÍAZ PRÉSTAMO Y VERÓNICA DÍAZ PRÉSTAMO 2511
- 525 EL CELADOR Y LOS DESINFECTANTES/ESTERILIZANTES
 QUÍMICOS: EL GLUTARALDEHÍDO**
 MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ, VERÓNICA MARÍA ARANGO
 GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ Y JUAN CARLOS
 CARRILLO GÓMEZ 2515
- 526 EL PROFESIONAL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN
 CENTRO HOSPITALARIO**
 ESTER MARTIN FERNANDEZ, CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN,
 TANIA SAUCEDO MERCADO, MARÍA NIEVES GONZÁLEZ
 MARTÍNEZ Y RAMÓN LARA LÓPEZ 2519
- 527 TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL CELADOR DE PUERTA**
 JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA DELICIA CASTRO
 BARROSO, MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ, PATRICIA
 FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ Y SONIA RAMÍREZ ANGUITA 2523
- 528 EL PAPEL DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS**
 JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN AGUADO
 MARQUEZ, MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO, SONIA RAMÍREZ
 ANGUITA Y PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ 2527
- 529 MEJORA DE LA ERGONOMÍA Y POSTURA CORPORAL EN EL
 TRABAJO DE LOS CELADORES**
 JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ
 BALBUENA SÁNCHEZ, SONIA RAMÍREZ ANGUITA, MARÍA DELICIA
 CASTRO BARROSO Y MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ 2531

- 530 EL PROFESIONAL CELADOR ANTE UN PACIENTE QUE TIENE ALZHEIMER**
 TANIA SAUCEDO MERCADO, CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN,
 RAMÓN LARA LÓPEZ, ESTER MARTIN FERNANDEZ Y CAROLINA
 HUÉLAMO JUÁREZ 2535
- 531 EL PROFESIONAL DE CELADOR EN CUANTO A LA MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE INGRESADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO. TÉCNICAS Y PROTOCOLOS**
 RAMÓN LARA LÓPEZ, ESTER MARTIN FERNANDEZ, CRISTINA
 MARTÍNEZ CHACÓN, TANIA SAUCEDO MERCADO Y CAROLINA
 HUÉLAMO JUÁREZ 2539
- 532 PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EXPONEN UNA REVISION BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL CORONAVIRUS 19**
 DIVIS MAYLEN AMAYA MORALES, ALBERTO GONZÁLEZ
 FERNÁNDEZ, CLAUDIA GARCÍA GARCÍA, NATALIA RODRIGUEZ
 GARCIA Y ATENEA PALOMARES GARCÍA 2543
- 533 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: INFORMACIÓN AL USUARIO**
 BEGOÑA GARCÍA VILLA 2547
- 534 GESTIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA Y FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE ELLA**
 CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO, CRISTIAN VALERO GARCIA,
 CAROLINA JUÁREZ SÁEZ, RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ Y
 SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC 2551
- 535 EL TELEFONISTA Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN EL SISTEMA SANITARIO**
 FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA
 CASARRUBIOS MAROTO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO 2555
- 536 EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. REVISION BIBLIOGRÁFICA**
 DANIEL ZALDIVAR MARTIN, CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ Y
 MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ 2559

- 537 EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA
PROTECCION DE DATOS DEL PACIENTE
MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ Y CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ 2563
- 538 ATENCIÓN AL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS,
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA,
CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO Y LAURA ALBERCA
CARRAMOLINO 2567
- 539 EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA FATIGA
OCULAR DERIVADA DE SU TRABAJO
CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ Y MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ 2571
- 540 SALUD LABORAL Y HUMANIZACIÓN EN LOS PROFESIONALES
SANITARIOS
M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ 2575
- 541 ESCUCHA ACTIVA EN EL ENTORNO SANITARIO
M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ 2579
- 542 VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA MUJER
M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ 2583
- 543 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PEDIATRICA
TABITA TULAC NECHITA, GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ,
PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ Y
FRANCISCA CARCELEN APARICIO 2587
- 544 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACION DEL NEONATO
JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ, GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ,
PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, TABITA TULAC NECHITA Y
FRANCISCA CARCELEN APARICIO 2591

- 545EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UCI**
JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ, GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ,
PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, TABITA TULAC NECHITA Y
FRANCISCA CARCELEN APARICIO 2595
- 546EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ, MARIA PILAR RUBIO
SANCHEZ, M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, PAOLA GARCÍA
QUIÑONES Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN 2599
- 547EL SERVICIO DE SUMINISTROS Y LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SUS TAREAS**
ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ, MARIA PILAR RUBIO
SANCHEZ, M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, PAOLA GARCÍA
QUIÑONES Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN 2605
- 548LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DENTRO DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA**
PAOLA GARCÍA QUIÑONES, MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ,
M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, ROSA GARCÍA CASTRO
RODRIGUEZ Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN 2609
- 549FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN DE UNA FRACTURA INFRASINDESMAL DE PERONÉ**
LAURA VERGARA SAEZ, SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, ROCIO
ORTIZ VILCHEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ Y ANTONIO
GÓMEZ MARTÍNEZ 2613
- 550LA FISIOTERAPIA EN TRATAMIENTOS CON NEURONAS ESPEJO EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
LAURA VERGARA SAEZ, SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, ROCIO
ORTIZ VILCHEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ Y ANTONIO
GÓMEZ MARTÍNEZ 2617

- 551 FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA EN PARÁLISIS DE BELL**
LAURA VERGARA SAEZ, SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, ROCIO
ORTIZ VILCHEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ Y ANTONIO
GÓMEZ MARTÍNEZ 2621
- 552 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL**
MARGARITA VIELSA VILLALON, MARIA JOSEFA ABELLAN
CASTILLO, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA
MARIA YESTE RAMIREZ 2625
- 553 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**
MARGARITA VIELSA VILLALON, MARIA JOSEFA ABELLAN
CASTILLO, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA
MARIA YESTE RAMIREZ 2629
- 554 FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA**
MARGARITA VIELSA VILLALON, MARIA JOSEFA ABELLAN
CASTILLO, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA
MARIA YESTE RAMIREZ 2633
- 555 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE STOCK DE
MATERIAL SANITARIO**
MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ, MARINELA BARRAJON
INSERTI, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, M^a TERESA LÁZARO
SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ 2637
- 556 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS
PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS A LA ASISTENCIA
SANITARIA**
MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ, MARINELA BARRAJON
INSERTI, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, M^a TERESA LÁZARO
SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ 2641
- 557 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO DE
ANÁLISIS CLÍNICOS**
MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ, MARINELA BARRAJON
INSERTI, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, M^a TERESA LÁZARO
SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ 2645

- 558 CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON YEPES 2649
- 559 LA EXTRACCIÓN DE SANGRE EN EL CENTRO DE SALUD POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO, MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ Y LORENA AUÑON YEPES 2655
- 560 PAPEL DE LA ENFERMERA DE LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTQUIRÚRGICO
RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON YEPES 2659
- 561 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRAQUEOTOMÍA
ALBA JUÁREZ SUÁREZ, LORENA BUENDÍA GALERA Y ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ 2663
- 562 EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA INFANTIL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
ALBA JUÁREZ SUÁREZ, LORENA BUENDÍA GALERA Y ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ 2667
- 563 TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA INFANTIL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
ALBA JUÁREZ SUÁREZ, LORENA BUENDÍA GALERA Y ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ 2671
- 564 LAS HABILIDADES Y DESTREZAS DEL TÉCNICO DE RAYOS AL REALIZAR UNA MAMOGRAFÍA
LORETA CAMACHO MORENO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA VIZCAINO GONZALEZ 2675
- 565 EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
LORETA CAMACHO MORENO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA VIZCAINO GONZALEZ 2679

- 566 EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU ACTUACIÓN ANTE LAS FRACTURAS**
LORETA CAMACHO MORENO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA,
TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA
VIZCAINO GONZALEZ 2683
- 567 USO DEL LENGUAJE POSITIVO EN SITUACIONES COMPLEJAS,
PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO**
ANA MARIA IGLESIAS MAGADAN 2687
- 568 EL ESTRÉS Y SU GESTIÓN CON TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN EL
ÁMBITO SANITARIO**
MÓNICA PRUNEDA BODE, ELSA AZNAR DÍAZ Y CAROLINA
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2691
- 569 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALARIO**
MÓNICA PRUNEDA BODE, CAROLINA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y
ELSA AZNAR DÍAZ 2699
- 570 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES. PREVENCIÓN EN EL ALMACÉN
HOSPITALARIO**
ALFONSO GANFORNINA CAMPOS, GUILLERMO MORENO PÉREZ,
MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ, RAFAEL RODRIGUEZ MORALES
Y JOSE MARIN GARCIA 2705
- 571 EL CELADOR EN UNIDAD DE REANIMACIÓN**
ALFONSO GANFORNINA CAMPOS, JOSE MARIN GARCIA,
GUILLERMO MORENO PÉREZ, MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ Y
RAFAEL RODRIGUEZ MORALES 2709
- 572 EL CELADOR Y COMO DEBE ACTUAR ANTE LAS ÚLCERAS DE
PRESIÓN DE LOS PACIENTES**
ALFONSO GANFORNINA CAMPOS, JOSE MARIN GARCIA,
GUILLERMO MORENO PÉREZ, MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ Y
RAFAEL RODRIGUEZ MORALES 2713
- 573 PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERSONAL
SANITARIO Y NO SANITARIO**
M DOLORES GARCÍA LÓPEZ 2717

- 574 EXITUS DEL PACIENTE Y EL CELADOR**
PATRICIA REAL TORRES, ALONSO REAL TORRES, MARIA JOSE
BARRAGAN PRUAÑO, JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS Y ANTONIO
HERVÁS GARCÍA 2721
- 575 EL PACIENTE CON VIH Y LA ATENCIÓN DEL CELADOR**
MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO, JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS Y
ANTONIO HERVÁS GARCÍA 2725
- 576 EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE CIRUGÍA Y LA
ATENCIÓN DEL ENFERMERO**
AROA ALONSO SILLERO, CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ, OLGA
FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ Y
NATALIA CABAÑAS SESEÑA 2729
- 577 EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE UROLOGÍA Y LA
ATENCIÓN DEL ENFERMERO**
AROA ALONSO SILLERO, CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ, OLGA
FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ Y
NATALIA CABAÑAS SESEÑA 2733
- 578 FUNCIONES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS ANTE
PACIENTES CON ANSIEDAD**
SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA, ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS,
NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA, BEATRIZ DIEZ MARTINEZ Y
VERONICA DEL SAZ GARCIA 2737
- 579 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y CÓMO ACTUAR ANTE LA DISFAGIA**
SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA, ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS,
NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA, BEATRIZ DIEZ MARTINEZ Y
VERONICA DEL SAZ GARCIA 2741

580	CONCEPTOS Y EMBALAJES DE LA ESTERILIZACIÓN Y PREPARACIÓN Y USO DE ESTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA, ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS, NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA, BEATRIZ DIEZ MARTINEZ Y VERONICA DEL SAZ GARCIA	2745
581	EL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, RAQUEL MAROTO SEVILLA, REBECA CORREDERA MARTÍN Y JULIA MARIA MORENO PECO	2749
582	MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE ENCAMADO POR UN CELADOR MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, RAQUEL MAROTO SEVILLA, REBECA CORREDERA MARTÍN Y JULIA MARIA MORENO PECO	2753
583	FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO CARMELO ZAMORANO PANZANO, MARIA ELENA MARTINEZ MORENO, LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO Y MARIA JULIA ROMERO LUJAN	2757
584	EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DEL SECRETO PROFESIONAL ANGELA SERRANO LOPEZ	2763
585	EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN CON LOS UTENSILIOS DE LA BATERIA DE COCINA. DESCRIPCIÓN Y USO MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, GEMA SORIA LOZANO, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN Y ROBERTO DIAZ LOSADA	2767
586	LA IMPORTANCIA DE LOS TÉCNICOS DE RAYOS EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA MARIA JESUS LEON GOMEZ, ROSA ANA GAMBIN LORENZO, VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS	2771

- 587 REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA PARA ESTUDIO DE MASA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE RAYOS**
MARIA JESUS LEON GOMEZ, ROSA ANA GAMBIN LORENZO,
VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ISABEL MARIA HERNANDEZ
DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS 2775
- 588 REALIZACIÓN DE UNA DEFECOGRAFÍA POR EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE PACIENTE CON DIFICULTAD PARA DEFECAR**
MARIA JESUS LEON GOMEZ, ROSA ANA GAMBIN LORENZO,
VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ISABEL MARIA HERNANDEZ
DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS 2779
- 589 QUÉ DEBEMOS DE SABER DE LOS HUEVOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA, ESPERANZA AGUILAR
JIMENEZ, MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, FRANCISCO LÓPEZ
CUTANDA Y LLANOS GARCIA ARANOS 2783
- 590 LO QUE SE DEBE DE SABER SOBRE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA COCINA HOSPITALARIA**
MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA, ESPERANZA AGUILAR
JIMENEZ, MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, FRANCISCO LÓPEZ
CUTANDA Y LLANOS GARCIA ARANOS 2787
- 591 LESIONES QUE PUEDEN SUCEDERLES A LOS TRABAJADORES EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA, ESPERANZA AGUILAR
JIMENEZ, MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, FRANCISCO LÓPEZ
CUTANDA Y LLANOS GARCIA ARANOS 2793
- 592 LOS SISTEMAS DE DISTRUBUCIÓN QUE SE ESTABLECEN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS.**
FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, FRANCISCA HONRUBIA
VILLEN, AURELIA GARCÍA JIMENEZ, MARÍA DOLORES HERAS
ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA 2799

- 593 CÓMO EMPLATAR EN LAS COCINAS HOSPITALARIA.**
FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, FRANCISCA HONRUBIA
VILLENNA, AURELIA GARCÍA JIMENEZ, MARÍA DOLORES HERAS
ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA 2803
- 594 LAS CLASES DE GAMA DE ALIMENTOS QUE PODEMOS
ENCONTRAR EN UNA COCINA HOSPITALARIA**
FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, FRANCISCA HONRUBIA
VILLENNA, AURELIA GARCÍA JIMENEZ, MARÍA DOLORES HERAS
ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA 2807
- 595 COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE
SUEROS EN FARMACIA PARA PLANTA**
JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS, ALMUDENA REDONDO
GARCÍA, MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA, JESUS RAMIREZ
VELASCO Y FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ 2811
- 596 COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE
CITOSTÁTICOS PARA HOSPITAL DE DÍA**
JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS, ALMUDENA REDONDO
GARCÍA, MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA, JESUS RAMIREZ
VELASCO Y FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ 2815
- 597 COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE
FARMACIA PARA PLANTA FUERA DE HORA**
JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS, ALMUDENA REDONDO
GARCÍA, MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA, JESUS RAMIREZ
VELASCO Y FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ 2819
- 598 EL CELADOR ANTE UN PELIGRO DE INCENDIO**
JESÚS PERUJO GARCÍA, ANTONIA CARRETERO ROMERO Y
ANDRES ROSADO BALLESTEROS 2823
- 599 EL PINCHE DE COCINA (AYUDANTE DE SERVICIOS) Y LA
CORRECTA DESCONGELACIÓN DE LOS ALIMENTOS.**
MIRIAN LANGREO SERRANO, ANTONIO SAIZ VELASCO,
FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y
FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR 2827

- 600PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LA DIETA TERAPÉUTICA**
MIRIAN LANGREO SERRANO, ANTONIO SAIZ VELASCO,
FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y
FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR 2831
- 601EL PINCHE DE COCINA EN EL HUT Y SU LABOR EN LA PLANTA
DE HOSPITAL**
MIRIAN LANGREO SERRANO, ANTONIO SAIZ VELASCO,
FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y
FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR 2835
- 602EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN DURANTE LA
PREPARACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS.**
GEMA SORIA LOZANO, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, ROBERTO
DIAZ LOSADA Y MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ 2839
- 603LAS RECOMENDACIONES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE
IMPLANTES POR PARTE DEL ODONTÓLOGO**
LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO, MARIA ELENA QUILEZ
PARREÑO Y TAMARA VALERA COLLADO 2843
- 604FUNCIÓN DEL ODONTÓLOGO DENTRO DE LA CONSULTA
DENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA**
LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO, MARIA ELENA QUILEZ
PARREÑO Y TAMARA VALERA COLLADO 2847
- 605RECOMENDACIONES TRAS UNA EXTRACCIÓN DENTAL POR
PARTE DEL ODONTÓLOGO**
LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO, MARIA ELENA QUILEZ
PARREÑO Y TAMARA VALERA COLLADO 2851
- 606TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
RAQUEL SALVADOR MOYA, DAVID DE LA PEÑA MARTÍN, JUAN
CARLOS PULIDO JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA Y
SANDRA FERNANDEZ PAJARES 2855

- 607 TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE TOCOLOGÍA HOSPITALARIO**
RAQUEL SALVADOR MOYA, DAVID DE LA PEÑA MARTÍN, JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA Y SANDRA FERNANDEZ PAJARES 2859
- 608 TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA**
RAQUEL SALVADOR MOYA, DAVID DE LA PEÑA MARTÍN, JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA Y SANDRA FERNANDEZ PAJARES 2863
- 609 EL CELADOR EN EL ÁMBITO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**
BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ, DAVID OLIVARES MUÑOZ, JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR, JOSE CARLOS CANO LORENTE Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2867
- 610 ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA: LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE MAYORES**
BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ, DAVID OLIVARES MUÑOZ, JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR, JOSE CARLOS CANO LORENTE Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2873
- 611 PRIORIZANDO LA SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA PROFESIÓN DE CELADOR**
BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ, DAVID OLIVARES MUÑOZ, JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR, JOSE CARLOS CANO LORENTE Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2879
- 612 TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PARTOS**
JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO, MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ Y JOSEFA PULIDO LOPEZ 2883
- 613 LA FUNCIÓN DE LA HIGIENISTA DENTAL EN LA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRÍA**
CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO, JULIA MARTÍNEZ FELIPE Y CANDELA DÍAZ TARRAGA 2887

- 614 USO DE LA FLUORACIÓN DENTAL POR PARTE DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL**
CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO, JULIA MARTÍNEZ FELIPE Y CANDELA DÍAZ TARRAGA 2891
- 615 EL AUTOCLAVE COMO MEDIO DE ESTERILIZACIÓN POR PARTE DE LA HIGIENISTA DELTAL EN LA CONSULTA**
CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO, JULIA MARTÍNEZ FELIPE Y CANDELA DÍAZ TARRAGA 2895
- 616 EL PINCHE DE COCINA Y LOS UTENSILIOS UTILIZADOS PARA DISTRIBUIR LOS MENÚS ALIMENTARIOS POR LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**
ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, ROBERTO DIAZ LOSADA, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ Y GEMA SORIA LOZANO 2899
- 617 EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO**
JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ, ANTONIA RAMIRO GUERRERO, RAUL MARTIN BONILLA, FERNANDO LOPEZ GARCIA Y FERMÍN LÓPEZ GREGORIO 2903
- 618 EL PINCHE DE COCINA Y LAS DIETAS HOSPITALARIAS: LA DIETA BASAL Y SU TIPOLOGÍA**
JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA, DARA LÓPEZ ÁLVAREZ, VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ Y JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN 2907
- 619 EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE DIGESTIVO**
JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ, ANTONIA RAMIRO GUERRERO, RAUL MARTIN BONILLA, FERNANDO LOPEZ GARCIA Y FERMÍN LÓPEZ GREGORIO 2913
- 620 EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE GASTROSCOPIAS**
JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ, ANTONIA RAMIRO GUERRERO, RAUL MARTIN BONILLA, FERNANDO LOPEZ GARCIA Y FERMÍN LÓPEZ GREGORIO 2917

- 621 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA DIETOTERAPIA:
TIPOLOGÍA DE LAS DIETAS TERAPÉUTICAS**
DARA LÓPEZ ÁLVAREZ, VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ, JOSEFA
LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN Y JESÚS JOSÉ
MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA 2921
- 622 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LA MAQUINARIA DE
COCINA GENERADORA DE CALOR**
JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN, JESÚS
JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA, DARA LÓPEZ ÁLVAREZ
Y VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ 2927
- 623 REQUISITOS Y MEDIDAS DE HIGIENE PERSONAL DEL PINCHE DE
COCINA EN LA COCINA DEL CENTRO HOSPITALARIO.**
VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ, JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA
SÁNCHEZ-MIGALLÓN, JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA
MANZANARA Y DARA LÓPEZ ÁLVAREZ 2933
- 624 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SUS ACTUACIONES EN EL
ÁREA DE BOLSA DE TRABAJO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS, FRANCISCA MARIA CALA
ALCÁNTARA, ISABEL FITO SÁEZ, ROCIO COVISA PUENTE Y
ANTONIA ARMERO MENA 2939
- 625 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SU ACTUACIONES EN LA
TRAMITACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES**
MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS, FRANCISCA MARIA CALA
ALCÁNTARA, ISABEL FITO SÁEZ, ROCIO COVISA PUENTE Y
ANTONIA ARMERO MENA 2943
- 626 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL CONTROL
DE LOS SUMINISTROS SANITARIOS**
MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS, ISABEL FITO SÁEZ, ROCIO COVISA
PUENTE, FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA Y ANTONIA
ARMERO MENA 2947

- 627 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO**
CATALINA MARTINEZ, JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA, AURORA
ARIAS CARRERO, GERARDO DÍAZ FUNEZ Y JULIO SORIA
MARTÍNEZ 2951
- 628 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE INFECTO –
CONTAGIOSO**
CATALINA MARTINEZ, JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA, AURORA
ARIAS CARRERO, GERARDO DÍAZ FUNEZ Y JULIO SORIA
MARTÍNEZ 2957
- 629 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEN**
CATALINA MARTINEZ, JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA, AURORA
ARIAS CARRERO, GERARDO DÍAZ FUNEZ Y JULIO SORIA
MARTÍNEZ 2963
- 630 ECOCARDIOGRAFÍA Y TÉCNICOS EN IMAGEN: COLABORACIÓN
PARA UN DIAGNÓSTICO PRECISO POR EL TÉCNICO SUPERIOR
EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO, GLORIA CERDÁ REQUENA,
NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO Y
MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO 2969
- 631 ECOGRAFÍA ABDOMINAL: APLICACIONES CLÍNICAS Y
COMPETENCIAS DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO**
AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO, GLORIA CERDÁ REQUENA,
NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO Y
MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO 2975
- 632 ECOGRAFÍA DOPPLER: UNA HERRAMIENTA CRUCIAL EN LA
PRÁCTICA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO**
AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO, GLORIA CERDÁ REQUENA,
NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO Y
MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO 2981

- 633EL LOGOPEDA EN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
NEURODEGENERATIVAS**
RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ, MARÍA TERESA MACÍAS
JOAQUÍN Y ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE 2987
- 634EL LOGOPEDA EN PACIENTES CON DISFEMIA**
RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ, MARÍA TERESA MACÍAS
JOAQUÍN Y ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE 2991
- 635EL LOGOPEDA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
TRASTORNO MENTAL**
RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ, MARÍA TERESA MACÍAS
JOAQUÍN Y ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE 2995
- 636TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO:
MONITORIZACIÓN DEL ÁCIDO VALPROICO EN EL
LABORATORIO**
VANESA GÓMEZ MORALES, JORGE MARTÍ CALLADO, ESTELA
FERNÁNDEZ ROMÁN, ANTONIO GARCIA BLEDA Y RAQUEL
FUENTES SANTURDE 2999
- 637UTILIDADES DE LA DETERMINACIÓN DE ALDOSTERONA EN EL
TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO**
VANESA GÓMEZ MORALES, JORGE MARTÍ CALLADO, ESTELA
FERNÁNDEZ ROMÁN, ANTONIO GARCIA BLEDA Y RAQUEL
FUENTES SANTURDE 3005
- 638TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO EN MEDIO DE
CULTIVO TODD HEWITT EN LA SECCIÓN DE GENITOURINARIO**
VANESA GÓMEZ MORALES, JORGE MARTÍ CALLADO, ESTELA
FERNÁNDEZ ROMÁN, ANTONIO GARCIA BLEDA Y RAQUEL
FUENTES SANTURDE 3009
- 639TERAPIA MANUAL EN FISIOTERAPIA: EFECTIVIDAD Y
APLICACIONES CLÍNICAS**
ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ, MILAGROS MARIA MUÑOZ
CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA
ALCÁZAR Y CELIA VELASCO CORTÉS 3013

- 640 TÉCNICAS AVANZADAS DE FISIOTERAPIA EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO**
ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ, MILAGROS MARIA MUÑOZ
CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA
ALCÁZAR Y CELIA VELASCO CORTÉS 3019
- 641 REHABILITACIÓN CARDIOPULMONAR: ROL DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CARDÍACOS**
ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ, MILAGROS MARIA MUÑOZ
CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA
ALCÁZAR Y CELIA VELASCO CORTÉS 3025
- 642 ROL DE LA TELEFONISTA EN LA COORDINACIÓN DE CITAS MÉDICAS Y CONSULTAS HOSPITALARIAS**
MARIA JOSE CRESPO ZAFRA, VANESA MARÍN MAESTRO,
VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA GALDON GARCIA Y PETRA
VALERA HERRAIZ 3031
- 643 PROTOCOLOS DE COMUNICACIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS Y EMERGENCIAS MÉDICAS**
MARIA JOSE CRESPO ZAFRA, VANESA MARÍN MAESTRO,
VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA GALDON GARCIA Y PETRA
VALERA HERRAIZ 3037
- 644 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
MARIA JOSE CRESPO ZAFRA, VANESA MARÍN MAESTRO,
VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA GALDON GARCIA Y PETRA
VALERA HERRAIZ 3041
- 645 LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL**
MARÍA DEL CARMEN BELMONTE GOMEZ 3047

- 646EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO EN LA CREACIÓN DE UN ENTORNO SANITARIO ACCESIBLE E INCLUSIVO**
SUSANA NAVARRO CONTRERAS, SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR, ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ Y MERCEDES MURILLO GALAN 3051
- 647EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE CENTROS SANITARIOS EN LA FACTURACIÓN Y EL CONTROL DE GASTOS EN INSTITUCIONES DE SALUD**
SUSANA NAVARRO CONTRERAS, SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR, ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ Y MERCEDES MURILLO GALAN 3059
- 648EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE CENTROS SANITARIOS EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE A TRAVÉS DE LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA**
SUSANA NAVARRO CONTRERAS, SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR, ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ Y MERCEDES MURILLO GALAN 3065
- 649TOS Y EXPECTORACIÓN ASISTIDA EN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE TÓRAX**
AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y GLORIA OTERO CORTIJO 3071
- 650ORGANIZACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR EL CELADOR**
SANDRA RUIZ ORTEGA, ELENA EMILIA BOABES, MARIA JOSE MENA MUÑOZ, ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA Y LAURA CORCUERA MARTIN 3075
- 651FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS DAÑOS Y PROBLEMAS EN LAS INSTALACIONES SANITARIAS**
SANDRA RUIZ ORTEGA, ELENA EMILIA BOABES, MARIA JOSE MENA MUÑOZ, ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA Y LAURA CORCUERA MARTIN 3079

- 652 GUARDIA HOSPITALARIA DEL CELADOR**
SANDRA RUIZ ORTEGA, ELENA EMILIA BOABES, MARIA JOSE
MENA MUÑOZ, ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA Y LAURA
CORCUERA MARTIN 3083
- 653 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE TÚMULOS DEL
HOSPITAL**
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, JORGE DE LAS HERAS
DE CASTRO, ANTONIO LAYU JIMÉNEZ, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA
SÁNCHEZ Y MIGUEL MORÓN MALDONADO 3087
- 654 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CITOSTÁTICOS DE
FARMACIA**
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, JORGE DE LAS HERAS
DE CASTRO, ANTONIO LAYU JIMÉNEZ, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA
SÁNCHEZ Y MIGUEL MORÓN MALDONADO 3091
- 655 EL ELECTRICISTA EN SUS FUNCIONES CON EL CUADRO
ELÉCTRICO DE URGENCIAS**
DAVID GARCÍA BERNAL, RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS, VICENTE
UBEDA FERNÁNDEZ, MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI Y JOSÉ
IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ 3097
- 656 INSTALACIÓN DE CUADRO ELÉCTRICO DE URGENCIAS
HOSPITALARIA**
DAVID GARCÍA BERNAL, RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS, VICENTE
UBEDA FERNÁNDEZ, MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI Y JOSÉ
IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ 3101
- 657 CABLEADO ELÉCTRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIAS**
DAVID GARCÍA BERNAL, RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS, VICENTE
UBEDA FERNÁNDEZ, MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI Y JOSÉ
IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ 3105

- 658EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN**
JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ, ANA MARÍA TESTILLANO
VELASCO, SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ, ROCIO PULIDO
LOPEZ Y DANIEL BENEYTEZ MARTÍN **3109**
- 659EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**
JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ, ANA MARÍA TESTILLANO
VELASCO, SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ, ROCIO PULIDO
LOPEZ Y DANIEL BENEYTEZ MARTÍN **3113**
- 660EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL ENFERMO CON TUBERCULOSIS**
JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ, ANA MARÍA TESTILLANO
VELASCO, SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ, ROCIO PULIDO
LOPEZ Y DANIEL BENEYTEZ MARTÍN **3117**

Capítulo 1

LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

1 Introducción

La linfangioleiomiomatosis pulmonar es una neoplasia mesenquimal pulmonar que se origina a partir de una proliferación anormal de células de músculo liso alrededor de los vasos linfáticos, que causa daño parenquimatoso. Es una rara enfermedad quística pulmonar que causa daño pulmonar progresivo. Se observan alrededor de 5 casos por cada millón de habitantes. Se da, de manera casi exclusiva, en mujeres en edad reproductiva, con frecuencia con esclerosis tuberosa compleja. Es extremadamente rara en hombres, reportada únicamente en casos de hombres con esclerosis tuberosa compleja.

Esta enfermedad se localiza principalmente en los pulmones, normalmente de manera bilateral. Puede encontrarse también en ganglios linfáticos retroperitoneales. La etiología es esporádica o asociada, como ya hemos dicho, a esclerosis tuberosa compleja. En cuanto a la patofisiología de esta enfermedad, hay una proliferación de células de músculo liso debido a la activación de la vía de señalización de mTOR, como resultado de la inactivación bialélica, pérdida de

heterocigosidad o mutaciones somáticas en los genes TSC1 o TSC2. Se ha visto que los receptores de estrógenos y progesterona pueden tener un papel en el desarrollo de esta enfermedad.

La clínica más frecuente consiste en disnea progresiva. Hay descritos casos de neumotórax, hemoptisis, así como afectación de ganglios linfáticos retroperitoneales o angiomiolipoma abdominal.

2 Objetivos

Hacer una actualización de los rasgos de esta enfermedad poco corriente, la linfangioleiomiomatosis pulmonar, a partir de un caso y de la revisión de la última literatura publicada.

3 Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 29 años que acude al hospital tras siete días de fiebre, de más de 39,5 grados, asociado a dolor de cabeza y náuseas. Había sido diagnosticada de esclerosis tuberosa compleja diez años antes. Dada la progresión del cuadro, fue diagnosticada de meningoencefalitis aséptica. Al día siguiente tiene un brote con severa hemoptisis, cayendo de repente en fallo respiratorio severo. Se realiza una biopsia transbronquial en la que se observa una proliferación de células que se disponen en nódulos o pequeños nidos cerca de lesiones quísticas y a lo largo de los bronquiolos pulmonares, vasos sanguíneos y linfáticos. Dichas células son células anormales de tipo músculo liso, y tienen dos subpoblaciones: células fusiformes de tipo miofibroblasto que expresan proteínas específicas de músculo liso, como actina, desmina y vimentina, y células de tipo epitelioides, que expresan glicoproteína gp100, un marcador de células de melanoma, así como melanocitos inmaduros que muestran expresión de HMB45. Las células anormales de tipo músculo liso también expresan receptores de estrógenos y progesterona. Esta enfermedad puede surgir durante el embarazo, lo cual sugiere que la proliferación celular está modulada por factores hormonales.

A nivel macroscópico, la afectación pulmonar se manifiesta con la formación de numerosos quistes de entre 0,5 a 2 cm, de pared fina, y bullas a lo largo de todo el pulmón, dándole un aspecto de panal de abeja.

A nivel microscópico, en estadios iniciales, el infiltrado por células anormales de tipo músculo liso puede no ser evidente, y malinterpretarse como enfisema.

Dichas células se encuentran formando pequeños acúmulos o nidos alrededor de quistes, paredes alveolares, vasos sanguíneos y linfáticos, y bronquiolos. Las mitosis son raras. La presencia de estas células puede ocasionar obstrucción de vía aérea, atrapamiento de aire, formación de bullas, neumotórax, hemoptisis y focos de hemosiderosis. La pérdida de alveolos ocasiona la formación de quistes.

4 Discusión-Conclusión

La linfangioleiomiomatosis es una enfermedad rara pulmonar que afecta a mujeres jóvenes, en edad reproductiva, consistente en una proliferación de células anormales de tipo músculo liso, que se disponen alrededor de vasos, alveolos y bronquiolos, ocasionando la formación de quistes. La clínica más frecuente es disnea.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con el enfisema, en el que se observan espacios quísticos en ausencia de células anormales de tipo músculo liso. La histiocitosis de células de Langerhans también puede formar quistes, pero las células muestran positividad para CD1a, langerina y S100. El leiomioma metastásico benigno no suele asociarse a quistes, y los nódulos son más grandes que los de la linfangioleiomiomatosis.

5 Bibliografía

3 Watz, H., A.Oltmanns, S.Kimmel, H.Magnussen, H.Wirtz, and D.Kirsten. Sporadic lymphangioleiomyomatosis: clinical and lung functional characteristics of 32 female patients [in German]. *Dtsch Med Wochenschr* 2008. 133(14):705–708.

Capítulo 2

ASPERGILOSIS INVASIVA: UNA REVISIÓN

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

1 Introducción

La aspergilosis es una infección que se adquiere por la inhalación de conidios (esporas asexuales, inmóviles) en el aire, causada por un tipo de hongo filamentoso con hifas hialinas, que forma parte del filo Ascomycota, perteneciente al género *Aspergillus*, y que para realizar su completa identificación es necesario su cultivo en un medio apropiado para esta clase de hongos. Gracias al empleo de técnicas moleculares se han descubierto nuevas especies y subespecies. A día de hoy se conocen unas 200 especies, de las que algo más de 20 pueden ocasionar enfermedad en el ser humano.

Los hongos tienen dos formas: la asexual y la sexual; del género *Aspergillus* conocemos la forma asexual de la mayoría de especies, y en algunas especies también se conoce la forma teleomorfa (sexual).

Fundamentalmente, las especies causantes de la mayor parte de los casos de aspergilosis (tanto pulmonares, como extrapulmonares, cutáneas y diseminadas) son *Aspergillus fumigatus*, *A. terreus* y *A. flavus*.

Encontraremos una importante diversidad de manifestaciones clínicas que dependerá del estado del sistema inmunológico del hospedador. La mortalidad de las formas invasivas generalmente será superior al 50%, con cuadros más graves en el hospedador inmunocomprometido. El complejo *A. fumigatus* es el que produce la mayor parte de las formas invasivas.

2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión sobre la Aspergilosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una investigación que consiste 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

Este género es ubicuo; se encuentra distribuido por todo el mundo pudiendo encontrarse en suelo, agua y sobre todo en vegetación en descomposición.

Aunque se han dado casos de infección invasiva en hospedadores aparentemente inmunocompetentes, no dejan de ser casos excepcionales, ya que si los sistemas de defensa pulmonar funcionan correctamente son capaces de contener al microorganismo. Son aquellas personas con unos niveles muy bajos de neutrófilos (neutropenia, con menos de 100 neutrófilos/microlitro) las que tendrán mayor riesgo de sufrir aspergilosis invasiva; también las que padecen el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), las que se someten a trasplantes de médula ósea u órganos (sobre todo en el trasplante de pulmón), y los pacientes que reciben corticoides o algún tipo de tratamiento inmunosupresor como el infliximab o inhibidores (antagonistas) del factor de necrosis tumoral alfa (TNF alfa). No es infrecuente detectar anticuerpos frente a *Aspergillus*, dada la naturaleza ubicua de este microorganismo, aunque no son anticuerpos protectores.

La vía más común de infección de la aspergilosis invasiva es mediante la inhalación pulmonar de conidios, siendo también posible que a una infección tis-

lar local siga una infección invasiva, tal como sucede por causa de catéteres intravenosos o en las heridas quirúrgicas.

Algunos factores de virulencia de estas especies patógenas de *Aspergillus* son las aflatoxinas y la gliotoxina que puede llegar a reducir la actividad de neutrófilos y macrófagos. También la síntesis de fosfolipasas y proteasas es considerado otro posible elemento de virulencia.

Existe una importante variedad de manifestaciones clínicas asociadas con la aspergilosis, incluyendo respuestas alérgicas como la aspergilosis broncopulmonar alérgica o la sinusitis fúngica alérgica; la aspergilosis pulmonar invasiva, que es la manifestación clínica más común de la aspergilosis invasiva, o la aspergilosis cerebral, que es el síndrome de aspergilosis invasiva que conlleva una mayor tasa de mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

Es importante recordar lo necesario de la prevención de la infección en los pacientes más vulnerables, aunque es difícil. En algunos casos se ha recomendado el uso de filtros HEPA, de alta eficacia para partículas en suspensión (High Efficiency Particulate Air). La ventilación frecuente y adecuada, con unos sistemas de ventilación limpios y en buen estado es esencial para la prevención; también es importante el correcto mantenimiento de los mecanismos e instalaciones para el suministro de agua.

En base a los resultados de una serie de ensayos clínicos, se considera apropiado emplear posaconazol a modo de profilaxis en personas con enfermedad del injerto contra el huésped o con leucemia mieloide aguda.

6 Bibliografía

- Neofytos D, Horn D, Anaissie E, et al. Epidemiology and outcome of invasive fungal infection in adult hematopoietic stem cell transplant recipients: analysis of Multicenter Prospective Antifungal Therapy (PATH) Alliance registry. Clin Infect Dis 2009;48:265-73
- Iwen PC, Rupp ME, Langnas AN, et al. Invasive pulmonary aspergillosis due to *Aspergillus terreus*: 12- year experience and review of the literature. Clin Infect Dis 1998;26:1092-7
- Gersuk GM, Underhill DM, Zhu L, et al. Dectin-1 and TLRs permit macrophages

to distinguish between different *Aspergillus fumigatus* cellular states. *J Immunol* 2006;176:3717-24.

Capítulo 3

EL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PALIATIVO

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

NIEVES HEREDIA ALONSO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

1 Introducción

Los cuidados paliativos, o cuidados tipo Hospice (como se denominaron en muchos países anglosajones en sus orígenes) son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en la evolución y en las fases finales de una enfermedad terminal (1,2). La enfermedad terminal es aquella que reúne las siguientes características (3):

- Incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a 6 meses).
- Mínima o nula posibilidad de respuesta al tratamiento específico para su patología de base.
- Evolución oscilante con periodos de agudizaciones.
- Gran repercusión emocional y familiar.
- Impacto sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos.

Este tipo de cuidados procura conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal

modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible y rodeados de la gente que los quiere; por todo ello se puede decir que son una forma de humanizar la atención sanitaria. Además, es vital que la sociedad entienda que no prolongan la vida ni tampoco aceleran la muerte, sino que entienden ésta como un proceso natural (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son definidos como un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual (4). Además, en cifras se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos y que actualmente tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa a nivel mundial la reciben (4).

En sus inicios, los cuidados paliativos comenzaron a proporcionarse únicamente a pacientes oncológicos, pero actualmente también se pueden implementar en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas como la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la esclerosis múltiple, enfermedad de párkinson, demencias o SIDA (4,5). En relación con ello, cabe destacar que el aumento cada vez mayor de la esperanza de vida en nuestra sociedad hace que el grupo de población más numeroso sea el de personas mayores de 65 años, que es el grupo que padece en mayor medida estas afecciones, con lo que la necesidad de este tipo de cuidados se ve incrementada.

Los cuidados de enfermería al paciente paliativo se convierten en un desafío para los profesionales cuando la atención se encamina al control de síntomas; situación que desborda en el aseguramiento de la dignidad humana, fundamentado en el respeto, la autonomía y velar por los derechos del paciente. Los síntomas que presentan estos pacientes son muy numerosos y variados, pueden aparecer con diferente grado de intensidad y duración y necesitan ser valorados correctamente para aplicar el cuidado específico para conseguir el alivio del paciente y de la familia que lo acompaña. Algunas de las afecciones que pueden padecer estos pacientes son hipo, estertores, edema, dolor, disfagia, anorexia, vómitos o debilidad (6).

La vía de elección para el tratamiento de estos síntomas en cuidados paliativos es por definición la vía oral, aunque en el transcurso de la enfermedad sucederán ciertas circunstancias (vómitos persistentes, debilidad extrema...) que obligarán a establecer otra vía de administración alternativa y la vía subcutánea constituye

la mejor opción (2). Se estima que entre un 60-80% de los pacientes paliativos precisará una vía alternativa a la oral, otros estudios revelan que entre el 53-70% de los pacientes oncológicos en situación terminal va a precisar una vía alternativa y estos porcentajes se incrementan cuando el paciente se encuentra en situación agónica (7).

La utilización de esta vía consiste en introducir el fármaco en el tejido celular subcutáneo mediante una palomilla o aguja. Es una técnica mínimamente invasiva, segura, cómoda y que proporciona confort (2). El empleo de esta alternativa puede mejorar en gran medida la calidad de vida del paciente ya que presenta más ventajas y es menos dolorosa con respecto a la vía intravenosa. Además, permite al paciente el correcto manejo de sus síntomas en el domicilio ya que es sencilla de instaurar y la puede manejar la familia.

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Conocer las ventajas que puede aportar el empleo de la vía subcutánea en el manejo de síntomas y en el confort de los pacientes en cuidados paliativos.
- Distinguir las diferentes técnicas existentes para el empleo de la vía subcutánea.

Objetivos secundarios:

- Analizar cuándo está indicado el uso de la vía subcutánea.
- Identificar las características de las medicaciones compatibles con esta vía.
- Descubrir las características y el empleo de los infusores elastoméricos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica llevando a cabo una búsqueda de la literatura científica en el mes de agosto de 2023 con el objetivo de encontrar y analizar el mayor número posible de documentos y artículos publicados en revistas científicas que permitiesen conocer la situación actual sobre los cuidados paliativos y el uso de la vía subcutánea para tratar de controlar los diferentes síntomas que aparecen en este tipo de pacientes.

En cuanto a la estrategia de búsqueda, para localizar la información necesaria se emplearon los metabuscadores Google Scholar y Plinio, que permite buscar información dentro de todos los recursos disponibles de la biblioteca de la Universidad de Castilla-La Mancha y está desarrollado por EBSCO. Como bases de datos se utilizaron Dialnet y Pubmed/Medline. Además, también han sido consultadas las páginas web oficiales de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados

Paliativos), de la OMS, del SESCO (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) y la web de GuíaSalud, que recoge todas las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud.

Los criterios de inclusión para seleccionar las publicaciones han sido:

- Documentos cuya fecha de publicación esté en el rango de tiempo comprendido entre los años 2018 y 2022; aunque también se han encontrado algunos documentos más antiguos que por su relevancia para el tema a tratar también se han incluido pero tratando que en su mayoría su fecha de publicación no fuese anterior a 2011.

- Artículos escritos en inglés y español.
- Artículos en los que la población de estudio fuese mayor de 18 años.
- Artículos disponibles a texto completo.

Por el contrario, los criterios de exclusión han consistido en los siguientes:

- Artículos que tratasen de una patología o situación clínica en concreto (salvo el cáncer).
- Artículos que estudien el efecto de un único fármaco administrado por vía subcutánea.
- Artículos que estudian el conocimiento de los profesionales de enfermería del uso de la vía subcutánea y la hipodermoclastia en cuidados paliativos.

Por otro lado, se han utilizado distintas ecuaciones de búsqueda empleando los operadores booleanos “AND” y “NOT” para combinar los distintos términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). Los términos empleados han sido: “infusores elastoméricos”, “cuidados paliativos”, “vía subcutánea”, “hipodermoclastia” y “medicación”; y en inglés: “elastomeric pumps”, “palliative care”, “subcutaneous route”, “hypodermoclysis” y “medication”.

4 Resultados

1. SÍNTOMAS EN EL PACIENTE PALIATIVO:

La identificación temprana de síntomas es fundamental para el abordaje oportuno en las diferentes condiciones que limiten la vida. Un síntoma se define como un dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente o cualquier fenómeno anormal funcional o sensitivo percibido por la persona, indicativo de una enfermedad (8). En pacientes con necesidad de cuidados paliativos, es posible encontrar que estos síntomas se presentan de forma concurrente y que están relacionados entre sí, lo cual es conocido como clúster de síntomas (9).

Algunos de los síntomas más comunes son (9):

- Síntomas respiratorios: disnea, tos y broncorrea.
- Síntomas gastrointestinales: estreñimiento, diarrea, xerostomía, mucositis, náuseas, vómito, anorexia, dispepsia, disfagia, hipo, obstrucción intestinal y sialorrea.
- Síntomas urinarios: retención urinaria, incontinencia y tenesmo urinario.
- Síntomas dermatológicos: prurito, úlceras, fístulas y linfedema.
- Síntomas psicológicos/neuropsiquiátricos: ansiedad, depresión, insomnio, confusión, delirio y convulsiones.
- Síntomas espirituales: distrés espiritual, angustia espiritual y sufrimiento existencial.
- Otros síntomas: fatiga, astenia, dolor, hemorragia, fiebre, ascitis, caquexia y ojos secos.

Cuando se pretende proporcionar cuidados a un paciente paliativo es preciso realizar una valoración del paciente, la familia y el entorno. La valoración del estado del paciente se realizará por los patrones funcionales de Marjory Gordon o las necesidades de Virginia Henderson, prestando especial atención al estado psicológico del mismo y el grado de información que tiene acerca de la enfermedad (10).

Además, también es preciso identificar al cuidador principal, la persona que se encarga del cuidado del enfermo, al cual también van a ir dirigidas nuestras enseñanzas y al que habrá que cuidar especialmente para prevenir la claudicación. El estado de claudicación o sobrecarga se puede evaluar con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit; herramienta que es interesante aplicar en el ámbito de los cuidados paliativos (10).

En la evaluación de los pacientes se pueden emplear diversas escalas que permiten disponer de un lenguaje común y así conocer la respuesta al tratamiento (como la Escala Analógica Visual o EVA). Existen otras escalas que miden la funcionalidad y grado de deterioro como son ECOG y Karnofsky. Todos estos valores deben registrarse en la historia de enfermería para poder planificar los cuidados tanto a corto como a largo plazo y hay que tener en cuenta que la valoración ha de ser continua ya que se trata de un paciente plurisintomático y cambiante (10).

2. EL TEJIDO SUBCUTÁNEO:

Por definición, la vía de elección para el control de los síntomas en pacientes paliativos es la vía oral por ser la más eficaz, cómoda, segura y sencilla. Sin embargo, en el transcurso de la enfermedad suelen aparecer con frecuencia ciertas circunstancias que imposibilitan su uso; algunas de ellas son la presencia de disfagia, náuseas, vómitos, diarrea, síntomas refractarios, agonía, situación terminal, etc. Por todo ello, en estas situaciones se precisa de una vía alternativa, siendo la

más adecuada la vía subcutánea (11).

El tejido celular subcutáneo o hipodermis es la capa más profunda de la piel, ya que se ubica debajo de la epidermis y la dermis; esta capa se extiende por toda la superficie corporal variando su grosor de unas zonas a otras del cuerpo. Está compuesto por ligamentos y nervios cutáneos, adipocitos y vasos sanguíneos y linfáticos. Al ser un tejido conectivo laxo y estar formado principalmente por adipocitos, puede realizar funciones de almacenamiento energético, termorregulación, almohadillado y protección frente a traumatismos mecánicos externos; además de tener una gran capacidad de distensión, siendo capaz de recobrar su estado natural tras la absorción de grandes volúmenes de fluidos. Dispone de escasos receptores del dolor y es un tejido de fácil acceso (7,8,11,12,13).

Por otro lado, cabe destacar que su empleo permite obtener una biodisponibilidad del 90-100% de los fármacos ya que esta capa de la piel está abundantemente vascularizada y evita el metabolismo de primer paso hepático y, por lo tanto, las variaciones individuales que afectan al metabolismo de los fármacos que se toman por vía oral (7,8,11,12,13).

En comparación con la vía intravenosa, la absorción de medicación es semejante siempre que las características del fluido, la cantidad y la velocidad de administración sean las adecuadas. No obstante, pueden existir ciertas variaciones que dependen del flujo sanguíneo y la solubilidad de la medicación (11).

Las ventajas que comprende el uso de esta técnica son las siguientes (14,15,16):

- Sencillez de la técnica.
- Segura y poco agresiva ya que se usan agujas de muy bajo calibre y evita la necesidad de múltiples punciones.
- Menor tiempo empleado en su canalización en comparación con la vía intravenosa. La media para la vía subcutánea es de 3-4 minutos y para la intravenosa 6 minutos.
- Biodisponibilidad similar a la de la vía intravenosa.
- Mayor autonomía para el paciente porque permite llevarla a cabo en el domicilio.
- Menor número de complicaciones como infecciones nosocomiales o sepsis ya que su uso reduce el número de ingresos; aunque si se presentan son de tipo local y fácilmente solucionables.
- Posibilidad de administración de diferentes fármacos por lo que se puede actuar sobre diferentes síntomas de forma simultánea en infusión continua.
- Mayor eficiencia debido a mejor relación coste-efectividad. Los materiales necesarios para llevarla a cabo son más baratos en comparación con otros tipos de punciones y se ha demostrado que el mantenimiento de esta vía de adminis-

tracción es cuatro veces menos costoso en comparación con la endovenosa.

3. COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS:

La administración de medicación y fluidos por vía subcutánea, al igual que la mayoría de técnicas e intervenciones en el ámbito de la enfermería, puede conllevar la aparición de ciertas complicaciones y efectos adversos; sin embargo, estos son de baja gravedad, fácilmente solucionables y con poca repercusión clínica para el paciente. Además, cabe destacar que son locales y sin repercusión sistémica (17).

Estas posibles complicaciones son (17,18):

- Edema.
- Hiperemia.
- Celulitis.
- Absceso.
- Enrojecimiento.
- Necrosis.
- Induración.
- Calor.
- Dolor.
- Hematoma.

Se confirma que las reacciones locales tienen una relación directa con el tipo de fármacos administrados, aunque hay evidencia (18) que demuestra que también hay mayor incidencia de las mismas con fármacos más concentrados en pieles blancas y más sensibles.

En pacientes con diabetes y en inmunodeprimidos es conveniente prestar especial atención ya que tienen un riesgo aumentado de padecer estas reacciones locales. En pacientes más activos, se debe vigilar el estado de la vía subcutánea en cada aplicación si es posible, ya que al movimiento el tejido se estira, tiende a irritarse más y es más fácil la desconexión y la salida accidental (18).

Se debe tener en cuenta cuáles son las causas por las que puede precisarse adelantar el cambio de lugar de punción ya que sobre ellas deberemos actuar para reducir la aparición de complicaciones más severas y evitar crear malestar añadido al paciente en su proceso (18).

Hay que conocer que se pueden llevar a cabo ciertas recomendaciones para prevenir que estas complicaciones aparezcan, como que si aparece dolor se deben valorar signos de posible infección y disminuir el volumen o la velocidad de inyección.

Para reducir la incidencia de reacciones locales se pueden tomar otras medidas además de las que se pueden llevar a cabo en caso de dolor (18):

- Disminuir la cantidad de medicaciones a mezclar o repartirlas en vías diferentes.
- Utilizar suero isotónico (al 0,9% de ClNa) para realizar las diluciones siempre y cuando no esté contraindicado por el fármaco a diluir.
- Cerciorarse de que la aguja no está ubicada muy superficialmente.
- Prestar atención al aspecto del lugar de punción y valorar la frecuencia de los cambios si existieran reacciones locales persistentes.
- Asegurarse de la evidencia existente respecto al uso de drogas por esta vía.
- Emplear mayor volumen de dilución.

4. ZONAS DE PUNCIÓN:

Como zonas de punción se pueden emplear la zona infraclavicular, la cara externa del brazo, los cuadrantes superiores del abdomen, la cara anteroexterna y tercio medio de los muslos y la zona escapular (11,18,19).

Lo ideal es individualizar la elección de la zona de punción en función de las características del paciente a tratar. Se aconseja tener presentes las posturas y la movilidad habituales de cada paciente, evitando zonas de pliegue, articulaciones y prominencias óseas; siendo por lo tanto más apropiado utilizar zonas más centrales. Asimismo, es de gran importancia comprobar que la zona elegida presenta un buen espesor de la capa grasa del tejido (entre 1 y 2,5cm). En casos en los que el paciente sufra de caquexia se debe evitar la zona infraclavicular debido a que es la zona en la que el tejido graso tiene menor grosor, siendo el abdomen una de las zonas de elección en estos casos (18,19).

5. MODOS DE EMPLEO:

Existen 3 modos de utilización de la vía subcutánea: en bolos, la hipodermocclisis y la infusión continua de medicamentos a través de infusores.

5.1.-BOLOS

La medicación se administra de forma pautada o a modo de dosis “de rescate” en momentos de exacerbación de los síntomas (7). Presenta su efecto en “picos” ocasionando lo que se denomina “efecto bolo”, por lo que va aumentando hasta alcanzar su máxima eficacia (7,17). Esto hace que esta forma de administración sea muy eficaz ante dolor agudo (18). Los niveles iniciales de medicación son altos con posibles efectos secundarios y bajos antes de la dosis siguiente (en caso de medicación pautada), con posibilidad de reaparición de síntomas.

Es apta para pequeñas dosis (2-3 mililitros en cada bolo); no obstante, hay constancia de que en la actualidad en algunos casos se están utilizando volúmenes superiores, llegando en algunos casos a 5ml con buena tolerancia siendo aconsejable en este caso masajear la zona para facilitar la absorción y prevenir la aparición de los problemas mencionados (7,17,18).

Los “bolus” pueden ser administrados a través de punción directa con jeringa y aguja o de palomilla subcutánea (7,12,13).

5.2.-HIPODERMOCLISIS

En algunos estudios se utiliza el término hipodermocclisis para referirse indistintamente a la administración tanto de medicación como de cualquier tipo de fluido por vía subcutánea. Sin embargo, algunos autores utilizan el término hipodermocclisis para referirse únicamente a la administración de sueroterapia por vía subcutánea para hidratar al paciente. Este procedimiento permite la administración de hasta 1500 ml/día (en algunos artículos se habla de hasta 2000 ml) y hasta 3000 ml/día con dos vías diferentes (17,18).

La deshidratación en cuidados paliativos se ha relacionado con síntomas como la sed, boca seca, fatiga, letargia, náuseas, vómitos, confusión y calambres musculares y puede llevar a la hospitalización; también puede complicar la función renal ya deteriorada, facilitando la acumulación de metabolitos opioides, resultando en la aparición de efectos adversos adicionales como la confusión y las convulsiones (20).

La hidratación en este ámbito es compleja y es el foco de un tema que genera gran controversia. Parte de la literatura científica sugiere que la hidratación artificial optimiza la función cognitiva, previene el delirium, la confusión y la agitación y mejora la calidad de la muerte en estos pacientes. Además, ha demostrado tener una eficacia superior o comparable (medida por la restauración de los parámetros bioquímicos del paciente y la mejora clínica) y una seguridad equiparable a la fluidoterapia intravenosa en adultos mayores (20).

Sin embargo, ensayos controlados aleatorizados en los que la población a estudio eran pacientes con cáncer avanzado han mostrado resultados diferentes: algunos demuestran que la hidratación mediante la hipodermocclisis puede disminuir los síntomas asociados a la deshidratación en comparación con el grupo placebo y otros muestran que no hay ninguna diferencia en cuanto a la mejora de síntomas (20).

Por otro lado, también existen opiniones en contra de esta práctica que se apoyan en que los pacientes comatosos no experimentan distrés sintomático, en que la deshidratación produce menos reflujo gastrointestinal, náuseas y vómitos y menos problemas referidos al tracto respiratorio además de menos frecuencia y severidad de edema y ascitis. Por lo tanto, también hay estudios que llegan a la conclusión de que la deshidratación actúa como un anestésico natural para el sistema nervioso central (21).

Debido a la existencia de opiniones tan divergentes y a los resultados de diversos ensayos la mayoría de los autores llegan a la conclusión de que la decisión sobre la

hidratación en cuidados paliativos se debe tomar teniendo en cuenta el beneficio clínico aplicado a la situación individual en colaboración con el paciente o su familia.

5.3.-INFUSIÓN CONTINUA

Esta forma de administración permite mantener un efecto constante, una concentración uniforme de los fármacos evitando así los efectos secundarios que pueden producirse con los bolos de medicación (aunque se pueden administrar bolos extras de rescate si fuera necesario), permite la infusión de volúmenes hasta de 5 ml/h y evita constantes manipulaciones y punciones (12,17).

El mantenimiento de valores plasmáticos de fármacos estables permite un mayor control de la enfermedad y de sus síntomas acompañantes y supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes, es una alternativa eficaz para la administración de tratamientos en pacientes oncológicos, con procesos terminales o con dolor agudo y/o crónico. Su absorción es fiable y permite combinaciones de medicamentos de manera que es más conveniente que las inyecciones repetidas (22,23).

La infusión puede ser administrada en infusores elastoméricos, lo que aumenta la calidad de vida de estos pacientes porque permiten el adecuado control de los síntomas del paciente durante varios días mientras permanece en su domicilio.

Las bombas o infusores elastoméricos son dispositivos ligeros, que consisten en un recipiente de plástico transparente en cuyo interior se encuentra un globo o depósito elastomérico, en el que se introduce la medicación que se va a infundir, con lo que se produce el hinchado del globo. El globo distendido ejerce una presión constante y expulsa el contenido a través de un filtro de partículas y un reductor de flujo. Los distintos tipos varían en función de la capacidad del globo y de la velocidad de infusión de la solución contenida. En el mercado existen infusores de diferentes volúmenes, tamaños y velocidades de infusión del fármaco, según el fabricante y las indicaciones (22). Los más frecuentes son los de alto volumen (pueden durar hasta 7 días) y bajo volumen (normalmente para usar durante 1-2 días) (17).

6. MEDICACIÓN

Los fármacos a administrar deben ser hidrosolubles (ya que presentan menor riesgo de acumulación), con pH neutro y que no irriten los tejidos (17,24). Por ello, quedan contraindicados medicamentos irritantes como el ClK (en bolos no se puede administrar pero en infusión a flujos bajos puede ser tolerado), drogas liposolubles como el diazepam o el metamizol ya que pueden precipitar y medicamentos que pueden ocasionar necrosis grasa como la clorpromazina (22).

La mezcla de diversos medicamentos en muchas ocasiones es una buena alterna-

tiva para el control de muchos de los síntomas que pueden presentar los pacientes bajo cuidados paliativos y en las fases finales de su vida; por ello, la utilización de los infusores ya mencionados puede constituir una gran opción para conseguir el máximo confort del paciente.

Los grupos de fármacos más usados en la práctica clínica están constituidos por analgésicos, ansiolíticos, diuréticos, corticoesteroides y antieméticos entre otros (25).

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería acompaña a las personas desde el momento en que nacen hasta sus últimos días y somos una figura de gran importancia para que los pacientes mueran de una forma digna, cómodos y con sus síntomas bien controlados.

Los cuidados paliativos son una forma de hacer entender a los pacientes y a los familiares que no están solos y que cuando parece que todo está perdido y el tratamiento curativo deja de ser efectivo, aún se puede hacer mucho por ellos para ayudarles y paliar su sufrimiento aplicando medidas tanto no farmacológicas como farmacológicas.

El empleo de la vía subcutánea constituye una medida farmacológica para el control de síntomas y se ha visto que puede aportar grandes beneficios para este tipo de pacientes; sin embargo no se usa mucho en el medio sociosanitario y la hipodermocclisis y la infusión continua con infusores son técnicas poco conocidas por el colectivo enfermero.

Aparte de los profesionales que trabajan en oncología y unidades de cuidados paliativos, se debería de aumentar la formación sobre este tema a todas las enfermeras; pero en especial a las personas que trabajan en Atención Primaria y unidades de medicina interna, ya que en estos ámbitos muchas veces se podría valorar la posibilidad de instauración de la vía subcutánea para intentar reducir el sufrimiento que padecen algunos de estos pacientes y sus familiares.

6 Bibliografía

1. Hospice Foundation of America. What is Hospice? [Internet] [Acceso el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hospicefoundation.org/Hospice-Care/Hospice-Services>
2. Alegre Martín RM, Quilez Salas N. Utilización de la vía subcutánea mediante perfusión continua. Revisión de la evidencia. Revista Atalaya Médica. 2018 [Ac-

ceso el 23 de agosto de 2023]; (8): 5-11. Disponible en: <http://comteruel.es/ojs/index.php/atalaya/article/view/183>

3. Red de Expertos y Profesionales de Cuidados Paliativos. Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla-La Mancha 2016-2020 [Internet]. Toledo: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha; 2016 [Acceso el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170117/estrategia_regional_de_cuidados_paliativos_de_castilla_la_mancha.pdf

4. Cuidados Paliativos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [Acceso el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

5. Alonso Herrera F, Romero Alcalde F, Vera Martínez AI, Gil Camacho MJ, Checa Calvo A, Garrido Merino C. Desmontando mitos en Cuidados Paliativos. Revista Clínica de Medicina de Familia 2020 [Acceso el 23 de agosto de 2023]; 13(2): 139-142. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n2/2386-8201-albacete-13-02-139.pdf>

6. Cambizaca Mora GP, Morocho Yaguana LA, Jiménez Merino GY, Cañar Torres ET, Salas Contreras FH. Atención de enfermería a pacientes con sintomatología común en enfermedades terminales. Cuidados paliativos [Internet]. Guayaquil: CIDE; 2022 [Citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.cidecuador.org/bitstream/123456789/809/1/Libro%20Atencion%20de%20Enfermeria.pdf>

7. Yáñez Fernández V. Manejo de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Metas Enferm 2015 [Acceso el 23 de agosto de 2023]. 18(8): 49-53. Disponible en: https://resolver.ebscohost.com/openurl?rft_val_fmt=info%3aofi%2ffmt%3akev%3amtx%3anull&url_ver=Z39.88-2004&rft_id=info%3asid%2fdialnet%3aarticulos&rft.genre=journal&rft.aufirst=Vania&rft.aulast=Y%c3%a1%c3%b1ez+Fern%c3%a1ndez&rft.issn=1138-7262&rft.title=Metas+de+enfermer%c3%ada&rft.jtitle=Metas+de+enfermer%c3%ada&rft.atitle=Manejo+de+la+v%c3%ada+subcut%c3%a1nea+en+cuidados+paliativos&rft.volume=18&rft.issue=8&rft.spage=6&rft.date=2015&site=ftf-live

8. Síntoma. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra [Internet][Acceso el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sintoma>.

9. Laird BJA, Scott AC, Colvin LA, McKeon AL, Murray GD, Fearon KCH, et al. Pain, Depression and Fatigue as a Symptom Cluster in Advanced Cancer. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2011 [Acceso el 24 de agosto de 2023]; 42(1):1-11. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(11\)00018-2/](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(11)00018-2/)

fulltext

10. Añoover Martínez MJ, Romero Bretó MJ. Protocolo de cuidados paliativos. Manejo de infusores. Servicio UMCE Hospital Clínico de Valencia. Enfermería Integral. 2019 [acceso el 24 de agosto de 2023]; (123): 59-65. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/123/ENF-INTEG-123.pdf>
11. Ministerio de Sanidad. Cuidados Paliativos. Guía para Atención Primaria [Internet]. 2021 [Citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Cuidados_Paliativos.pdf
12. Álvarez Colorado M, Amoedo Albero MC, Cano Tébar AM, Gandía Herrero M, García Verde I, Gil López J, et al. Guía de recomendaciones prácticas. Uso de la vía subcutánea [Internet]. Martínez Cruz MB. Coordinadora. Madrid: IM&C; 2021 [Acceso el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/67-guias-clinicas/1580-uso-de-la-via-subcutanea-de-la-practica-centrada-en-la-enfermedad-a-la-atencion-centrada-en-el-paciente>
13. Auría G, Cabrero AI, Narvió A, Ortega V, Puértolas Y. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la vía subcutánea [Internet]. 2020 [Acceso el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/04/gpc_606_via_subcutanea_compl_rev.pdf
14. De la Rosa Eduardo R, Zamora Monge G. Canalización de una vía subcutánea como alternativa válida para pacientes geriátricos en estancia hospitalaria ante deshidratación moderada [Internet]. AgInf. 2015 [Acceso el 25 de agosto de 2023]; 19(1): 5-7. Disponible en: https://resolver.ebscohost.com/openurl?rft_val_fmt=info%3aofi%2ffmt%3akev%3amtx%3anull&url_ver=Z39.88-2004&rft_id=info%3asid%2fdialnet%3aarticulos&rft.genre=journal&rft.aufirst=Rosanna+de+la&rft.aulast=Rosa+Eduardo&rft.issn=1575-7668&rft.title=%c3%81gora+de+enfermer%c3%ada&rft.jtitle=%c3%81gora+de+enfermer%c3%ada&rft.atitle=Canalizaci%c3%b3n+de+una+v%c3%ada+subcut%c3%a1nea+como+alternativa+v%c3%a1lida+para+pacientes+geri%c3%a1tricos+en+estancia+hospitalaria+ante+deshidrataci%c3%b3n+moderada+.&rft.volume=19&rft.issue=1&rft.page=5&rft.epage=8&rft.date=2015&site=ftf-live
15. Gomes NS, Silva AMB, Zago LB, Lima e Silva EC, Barichello E. Nursing knowledge and Practices Regarding Subcutaneous Fluid Administration. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [Acceso el 25 de agosto de 2023]; 70(5):1096-1105. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HVSWf4bxZMZHmpqY5T9LPVd/?format=pdf&lang=en>.
doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0424>

16. Santamarta Solla N, Álvarez Manzanares PM, Ramos Pollo D. Técnicas importantes en el domicilio: el maletín domiciliario, la vía subcutánea y la paracentesis evacuadora [Internet]. AMF. 2014 [Acceso el 25 de agosto de 2023]; 10(5): 294-300. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1280
17. Bolela F, Lima R, Souza AC, Moreira MR, Lago AJO, Simino GPR, et al. Cancer patients in Palliative Care: occurrences related to venipuncture and hypodermoclysis [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022 [Acceso el 26 de agosto de 2023] ;30:e3624. Disponible en: <http://rlae.eerp.usp.br/index/search>. doi: 10.1590/1518-8345.5825.3623.
18. Martín Fuentes de la Rosa MA, Ruiz Márquez MP, Sánchez Correas MA. Manejo de la vía subcutánea en CP. En: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Servicio Extremeño de Salud, editor. I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura. 2020 [Acceso el 26 de agosto de 2023]. p. 437-471. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/CustomContentResources/MANUAL%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%202020%20-%20version%20digital.pdf
19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2021. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
20. Agar MR, Chang S, Amgarth-Duff I, Garcia MV, Hunt J, Phillips JL, Sinnarajah A, Fainsinger R. Investigating the benefits and harms of hypodermoclysis of patients in palliative care: A consecutive cohort study [Internet]. Palliat Med. 2022 [Acceso el 26 de agosto de 2023]; 36(5):830-840. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/02692163221082245?casa_token=sHVQ0DzRYE8AAAAA%3AtCtpHKkq9LefbYcFklqr8gDy70tW_0oLz6a5hu2cFPkLo5SJR_BqlaFYnUE1fv694S5Ji_NJfIM-. doi: 10.1177/02692163221082245. PMID: 35531661.
21. Coelho TA, Wainstein AJ, Drummond-Lage AP. Hypodermoclysis as a strategy for patients with end-of-life cancer in home care settings [Internet]. Am J Hosp Palliat Med. 2020 [Acceso el 26 de agosto de 2023];37(9): 675-682. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049909119897401?casa_token=NlnDWk57XDwAAAAA%3AVat265aNT5tIXPhZ1DurrfovZWzlu5NdRH0w8l8KUl0pDXRD4wa0Pgg_a5D1C-iyh1tj4h6NiD2d. doi: 10.1177/1049909119897401.
22. Lucendo Villarín AJ, Noci Belda J. Infusores elastoméricos en la admin-

istración de fármacos [Internet]. Enfermería Clínica. 2004 [acceso el 27 de agosto de 2023]; 14(4): 242-248. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-infusores-elastomericos-administracion-farmacos-S1130862104738930>

23. Fürst P, Lundström S, Klepstad P, Strang P. Continuous subcutaneous infusion for pain control in dying patients: experiences from a tertiary palliative care center [Internet]. BMC Palliative Care. 2020 [acceso el 27 de agosto de 2023]; 19(1): 1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-020-00681-3>. doi: 10.1186/s12904-020-00681-3.

24. Castro Vida MA, González Vaquero D, Martos Rosa A. Administración de medicamentos por vía subcutánea en el paciente paliativo en la fase final de su enfermedad [Internet]. En: ASUNIVEP. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. Volumen I. 2017 [acceso el 27 de agosto de 2023] (p.525-532). Disponible en: https://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=525

25. Espinosa Bosch M, Sánchez Rojas F, Bosch Ojeda C. Compatibility and stability of drug mixtures: An overview [Internet]. GSC Biological and Pharmaceutical Sciences. 2022 [acceso el 27 de agosto de 2023]; 18(2):295-325. Disponible en: <https://gsconlinepress.com/journals/gscbps/content/compatibility-and-stability-drug-mixtures-overview>

Capítulo 4

USO DE MIEL EN LOS CUIDADOS DE HERIDAS

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

1 Introducción

La miel es un elemento natural, espeso, viscoso, con alto contenido en azúcar y por tanto, de dulce sabor. Es fabricado por las abejas con el néctar que obtienen de las flores. El azúcar por el que se compone este producto es, glucosa y fructosa.

La miel ha sido un recurso muy arcaico empleado para el tratamiento de una gran variedad de heridas. En la actualidad, permanece presente en la cura y cicatrización de heridas, debido al poder terapéutico que posee. También participa en el control de la infección gracias al poder antibacteriano que posee dicho producto. Además de antibacteriano también actúa como antioxidante, antiinflamatorio, reduce el mal olor, disminuye el dolor al realizar la cura, disminuye las posibles cicatrices y también aumenta la rapidez del desarrollo de nuevo tejido.

Actualmente contamos con una gran multitud de técnicas para realizar curas, apósitos, vendajes y fármacos para la solución de las heridas. La miel puede ser aplicada en una gran variedad de heridas como pueden ser: úlceras por presión (UPP), heridas de pie diabético, quemaduras y laceraciones. A pesar de que no

sea un recurso con un habitual uso en los centros sanitarios de España, cada vez son más los sanitarios que llevan a cabo la miel en la cura de las heridas de los pacientes. En países como Australia o Reino Unido la miel es considerada como un artículo médico regulado.

2 Objetivos

Hacer una revisión sobre la evidencia científica de resultados favorables en la cura de heridas usando miel.

3 Metodología

Los artículos obtenidos para llevar a cabo la revisión narrativa han sido adquiridos a partir de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Web of Science, Cochrane y Pubmed.

La estrategia de búsqueda seleccionada ha sido el uso de palabras clave, descriptores MeSh y marcadores booleanos. Los marcadores booleanos utilizados son OR y AND, acompañados de descriptores MeSh.

Con esta estructura de búsqueda hemos obtenido 10 artículos que hablan del tema a estudiar.

4 Resultados

Según la revisión bibliográfica realizada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) admitió el uso de la miel con fines terapéuticos como puede ser la cura de heridas, siendo pasada por un proceso de esterilización para poder ser usada con este fin, ya que este producto natural al no ser esterilizado puede poseer una espora denominada Clostridium Botulinum. El proceso de esterilización no afecta a la multitud de propiedades que esta posee.

En la búsqueda bibliográfica he recopilado artículos que nos hablan de estudios realizados con animales sobre la cura de heridas y quemaduras con miel. Los resultados que se obtuvieron fueron favorables certificando así los beneficios de este producto.

En algunos estudios se ha constatado que la miel combate con una de las bacterias más comunes en las heridas infectadas, como es el Staphylococcus aureus,

bacteria comúnmente difícil de adherir a las heridas. También evita la necesidad de aplicación de injertos cutáneos en algunas heridas y quemaduras.

Otros artículos consideran, que gracias al reducido pH que presenta la miel provoca un aumento de oxígeno en los tejidos, dando lugar a una cicatrización precoz. Su gran cantidad de glucosa ayuda en la inflamación de la herida.

La miel también es un producto eficaz para heridas con placa necrótica, debido a que se ha demostrado que actúa como desbridante gracias a un componente llamado plasmina.

En la actualidad, este producto ha sido combinado con antibióticos provocando un resultado positivo en la herida y una rápida mejoría de esta.

Se han realizado comparaciones de curas con un tratamiento convencional y con miel en úlceras por presión (UPP), dando lugar a una mejor y rápida evolución a la cura realizada con miel. Debido a que, la cura con miel se trata de una cura húmeda que facilita el desarrollo de células epiteliales. A pesar de la escasa agua que contiene la miel, proporciona un ambiente húmedo en el lecho de la herida por su efecto osmótico. Las curas de este tipo de heridas si son realizadas con miel evitaremos también el mal olor propio de las UPP.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de las heridas es un punto a destacar en el ámbito del profesional de enfermería, por el que todo enfermero debe recibir toda la formación necesaria para realizar unos cuidados de calidad de todo tipo de heridas.

En cuanto a los cuidados con miel ha sido un remedio utilizado por nuestros antepasados para la cura de heridas y otras utilidades terapéuticas. En los últimos años, a pesar de, los múltiples beneficios que este producto contiene ha disminuido su uso debido a algunos de sus efectos adversos y al descubrimiento de diversos apósitos y materiales para la cura de heridas.

Son muchos los estudios que han confirmado las características que la miel posee y sus beneficios en cuanto a los cuidados de las heridas. Características que hemos mencionado anteriormente como son, antibacteriana, antiinflamatoria, desbridante, proporciona la generación de tejido sano en el lecho de la herida, etc...

A parte de ser beneficioso en la herida, también provoca un aspecto positivo en cuanto a la reducción de coste y reducción de efectos adversos.

No obstante, he de destacar que a pesar de ser un producto que provoca beneficios en los cuidados de las heridas, no se encuentra como recurso para curación de heridas en la formación que reciben los sanitarios. A pesar de muchos estudios verificando sus resultados favorables en la cura de heridas, falta aún evidencia científica para poder ser recomendado.

6 Bibliografía

1. Schencke C, Vásquez B, Sandoval C y Del Sol M, El rol de la miel en los procesos morfo-fisiológicos de reparación de heridas, *International Journal of Morphology* 2016; 34(1):375-95.
2. Gulati SA, Prospective randomized study to compare the effectiveness of honey dressing vs. povidone iodine dressing in chronic wound healing, *Indian Journal of Surgery* 2014; 76(3):192-8
3. Hadagali, M; Sua Chua, L, The anti-inflammatory and healing properties of honey 2014 [Revista].
4. Majtan, J. Honey: an immunomodulator in wound healing. 2014 [Pubmed].
5. Jull B, A; Caminante, N; Deshpande, S, Honey as a topical treatment for wounds 2013 [Cochranelibrary].
6. Molan PC. Why honey is effective as a medicine. Its use in modern medicine. *Bee World*. 1999; 80(2): 77-92.
7. Eddy JJ, Gideosen MD, Mack GP. Practical considerations of using topical honey for neuropathic diabetic foot ulcers: a review. *Wis Med J*. 2008; 107 (4): 187-189.
8. Lund A. La curación con la miel. Barcelona: Robinbook; 1999 (1).
9. González Gascón R, Del dedo Torre P. Actualización sobre el uso de miel en el tratamiento de úlceras y heridas. *Enferm Global* [online] 2004 May; 3 (1).
10. Lu J, Tumbull LM. Manuke- type honeys can eradicate biofilms produced by *Staphylococcus aureus* strains with different biofilm-forming abilities, *PeerJ* 2014; 12-25.

Capítulo 5

EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y SU RELACIÓN CON EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

ADELA CUENCA ARANDA

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

NOELIA VALVERDE BAEZA

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

EMMA MARTÍN MAÑAS

1 Introducción

Según el Instituto Nacional del Cáncer, el cáncer de cuello uterino se origina en las células del cuello uterino. Este tipo de cáncer también se conoce como cáncer de cérvix o cáncer cervicouterino.

Este se forma lentamente a lo largo de tiempo, de manera que las células del cuello del útero sufren unos cambios y se convierten en células anormales. Si estas células no son destruidas, es posible que se vuelvan células cancerosas y se multipliquen a zonas más profundas del cuello uterino y a las distintas áreas que lo rodean.

Este cáncer es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres en todo el mundo y la tercera causa de muerte en mujeres entre 15 y 44 años.

El cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix es desarrollado, en la mayoría de los casos, debido a la infección crónica de el virus del papiloma humano de alto riesgo.

Con la implantación de los programas de prevención del cáncer de cuello uterino, donde se realizan pruebas que detectan el virus del papiloma humano de alto riesgo y pruebas de Papanicolaou, hay una vigilancia periódica que ha reflejado una reducción de la incidencia del cáncer de cérvix en el mundo. Ningún otro cáncer más que el cáncer de cuello uterino muestra de forma tan clara los efectos de un diagnóstico precoz y un tratamiento preventivo.

Se ha comprobado que la detección temprana del virus del papiloma humano mediante la técnica de Papanicolaou junto con el tratamiento en las primeras fases ha disminuido las muertes en un 70%.

La mayor parte causal del cáncer de cuello uterino se debe a la infección crónica del virus del papiloma humano, siendo en más del 99% de los casos. La infección por el virus del papiloma humano es muy común, estando en contacto con el virus la mayoría de la población. Esta infección comienza siendo asintomática por lo que es muy fácil que se transmita. En la mayoría de los casos, esta infección se elimina sin tratamiento alrededor de dos años. Solamente las infecciones crónicas pueden ocasionar lesiones precancerosas que pueden dar a lugar un cáncer invasivo.

Hay muchas variedades del virus del papiloma humano, pero solo algunos subtipos son considerados de alto riesgo. Dos de estos subtipos, el 16 y el 18, llegan a causar el 70% de los cánceres de cérvix. Otros dos subtipos, el 6 y el 11, no suelen desarrollar cáncer, pero pueden ocasionar verrugas genitales, siendo muy contagiosas.

2 Objetivos

- Identificar las principales características, etapas, factores de riesgo y fisiopatología del cáncer de cuello uterino.
- Dar a conocer la relación entre el cáncer de cuello uterino y el Virus del Papiloma Humano.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de varios artículos publicados en distintas bases de datos científicas (como Pubmed o Medline) y protocolos validados de diferentes institutos y sociedades como el "Instituto Nacional de Cáncer" o la "Sociedad Española de Oncología Médica".

4 Resultados

1. Estadios del cáncer de cuello uterino.

1.1. Precánceres de cuello uterino.

La formación del cáncer del cuello uterino no se da de forma brusca o repentina. En primer lugar, las células que se encuentran en el cérvix van cambiando de forma anómala, es decir, se da lugar a cambios precancerosos. Estos cambios se denominan de diferentes formas: neoplasia intraepitelial cervical (CIN), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia.

- CIN 1. También se llama SIL de bajo grado o displasia leve. Es el cambio menos grave ya que no hay gran cantidad de tejido anormal. El riesgo de desarrollar cáncer de cérvix es muy bajo y en general desaparece espontáneamente sin tratamiento en unos años.
- CIN 2 / CIN 3. También se denomina SIL de alto grado o displasia moderada/grave. Hay mayor cantidad de tejido anormal, por lo que hay un elevado riesgo de desarrollar cáncer de útero.

1.2. Fases del cáncer de cuello uterino.

El sistema más utilizado para clasificar los estadios del cáncer de cuello uterino es el sistema de estadificación FIGO, establecido por la "International Federation of Gynecologists and Obstetricians".

- FIGO I. Carcinoma de cérvix limitado a útero. Se divide en los siguientes estadios:
 - IA. El carcinoma solo se puede diagnosticar microscópicamente.
 - IB. El carcinoma ya es visible. Está limitado únicamente al cuello uterino.
- FIGO II. Hay una invasión extrauterina pero la pared pélvica aún no está afectada. Se divide en:
 - IIA. No hay una invasión parametrial.

- IIB. Hay una invasión parametrial.
- FIGO III. El carcinoma invade la pared pélvica y/o el tercio inferior de vagina. También puede causar que los riñones no funcionen correctamente. Sus estadios son:
 - IIIA. El carcinoma invade la parte inferior de la vagina, pero no se extiende a la pared pélvica.
 - IIIB. El tumor se extiende a la pared pélvica y causa fallos en el funcionamiento de los riñones.
- FIGO IVA. El tumor invade la mucosa de vejiga o del recto y puede extenderse fuera de la pelvis.
- FIGO IVB. Hay metástasis en zonas distales al útero.

1.3. Tipos de cáncer de cuello uterino.

Hay dos tipos de cánceres de cuello uterino que son los más comunes: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.

El 99% de los casos de los cánceres de cérvix se tratan del carcinoma de células escamosas, que se desarrollan en el exocérnix. En caso contrario, el adenocarcinoma se origina en las células glandulares del endocérnix.

Hay otro tipo de cáncer de cuello uterino denominado carcinoma adenoescamoso o carcinoma mixto, que es menos común y tiene las características propias de los dos cánceres mencionados con anterioridad.

1.4. Factores de riesgo.

Hay diferentes factores de riesgo en el desarrollo del cáncer de cuello uterino, entre ellos: temprano inicio de relaciones sexuales, promiscuidad, infecciones de transmisión sexual repetitivas, uso de anticoncepcivos orales, múltiples partos vaginales.

Entre estos factores de riesgo, la infección persistente con el virus del papiloma humano de alto riesgo parece ser la principal causa que ocasiona el desarrollo de cáncer de cuello uterino.

2. Virus del Papiloma Humano.

El factor de riesgo más importante del cáncer de cuello uterino es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). El VPH es un grupo de más de 150 virus.

De los muchos tipos de Virus del Papiloma Humano, más de 30 infectan el tracto genital. Algunos tipos de virus del papiloma humano pueden causar papilomas (verrugas) en los órganos genitales femeninos y masculinos que se resuelven sin necesidad de tratamiento dentro de 1 a 5 años. Estos tipos de virus se les llaman virus del papiloma humano de bajo riesgo, debido a que muy raramente llegan a causar cáncer. Estos tipos de virus del papiloma humano de bajo riesgo incluyen los subtipos 6, 11, 42, 43 y 44.

La asociación entre ciertas cepas oncogénicas, denominadas como virus del papiloma humano de alto riesgo y el cáncer de cuello uterino está bien establecida. Los tipos de virus del papiloma humano de alto riesgo incluyen los subtipos 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, y 70. Estos virus del papiloma humano de alto riesgo de todos los subtipos pueden inducir tumores malignos incluso cuando están presentes en niveles bajos.

3. Fisiopatología del cáncer de útero y su relación con el Virus del Papiloma Humano.

El cáncer de cuello uterino es uno de los ejemplos mejor entendidos de cómo una infección viral puede conducir a la malignidad.

El carcinoma de cuello uterino o cérvix comienza en el epitelio cervical en condiciones normales, desarrollándose de forma progresiva las lesiones intraepiteliales cervicales (CIN) de bajo y alto grado, jugando un factor causal relevante la infección del virus del papiloma humano de alto riesgo.

Esta infección provoca algunas alteraciones en el genoma del epitelio cervical, llevando a la inhibición de algunos factores supresores de tumores, y, además, conlleva una actividad mayor de varios factores promotores de tumores. El desequilibrio causado en el genoma de las células epiteliales del cérvix, debido a estos factores oncogénicos, desencadenan una progresión neoplásica de forma progresiva en el tiempo.

No obstante, los resultados del desarrollo del cáncer de cuello uterino y su gravedad depende del subtipo específico del virus del papiloma humano causante de la infección. Actualmente, se conocen 216 subtipos de virus del papiloma humano clasificados en tres subtipos de riesgo: bajo, medio y alto.

Generalmente, los subtipos de riesgo bajo y medio se relacionan con un potencial de desarrollo neoplásico bajo. Por el contrario, los subtipos de riesgo alto, en gran porcentaje los subtipos 16 y 18, son los principales promotores del desarrollo de

actividad neoplásica.

La infección por tipos de VPH de alto riesgo interfiere con la función de las proteínas celulares y también con la expresión de productos genéticos celulares.

Hay tres oncoproteínas, nombradas como E5, E6 y E7, que están codificadas por el genoma del VPH y son las principales responsables del fomento de la oncogénesis en el epitelio cervical normal. Estas oncoproteínas interrumpen la actividad fisiológica del complejo mayor de histocompatibilidad de clase I y las vías asociadas a STAT, que se encargan de controlar el crecimiento celular normal, la diferenciación de las células y la función inmunitaria.

La oncoproteína E6 del virus del papiloma humano de alto riesgo promueve la activación de la telomerasa en el epitelio cervical, siendo especialmente relevante el hecho de que la función de la telomerasa se asocia con el desarrollo de tumores.

Se ha estudiado que las mutaciones en el ADN mitocondrial promueven el crecimiento del tumor y el desarrollo de la metástasis. En las lesiones benignas causadas por el VPH, el ADN viral se localiza extracromosómicamente en el núcleo. En las neoplasias y cánceres intraepiteliales de alto grado, el ADN del VPH generalmente se integra en el genoma del huésped. La unión interrumpe la función normal de las proteínas celulares y puede dar lugar a una mayor tasa de proliferación e inestabilidad genómica. Como consecuencia, la célula huésped acumula cada vez más ADN dañado que no puede repararse.

Los carcinomas de cuello uterino relacionados con la infección del virus del papiloma humano generalmente se desarrollan progresivamente durante años, siendo fundamental la realización de programas de detección con el fin de identificar los distintos marcadores de las etapas del proceso tumoral.

Durante el desarrollo de la infección del virus del papiloma humano destacan diferentes etapas o períodos clínicos:

☒ Período de latencia: no se puede detectar por un examen citológico o histológico ya que hay muy poca cantidad de copias del virus del papiloma humano en estado episomal, es decir, replicándose a niveles muy bajos.

☒ Fase subclínica o productiva/de replicación: progresivamente, como resultado de la reproducción del virus del papiloma humano en los queratinocitos, hay un mayor número de copias. Esto repercute de varias maneras, inhibiendo la síntesis de proteínas, la maduración y la diferenciación de las células.

Mediante exámenes citológicos e histológicos se determina la presencia de coilocitos, que son células del epitelio cervical presentes cuando hay una infección por

el virus del papiloma humano. En el mayor porcentaje de los casos, la infección por el virus es transitoria y se elimina gracias a nuestro sistema inmune.

☒ Período clínico: se presenta con manifestaciones en forma de condilomas y con neoplasia. En esta etapa el virus es persistente, de forma que los genes del virus del papiloma humano están integrados en el genoma del tejido epitelial. En los exámenes citológicos e histológicos se revelan los cambios y los signos propios de procesos neoplásicos intraepiteliales como son las lesiones intraepiteliales cervicales CIN1, CIN2/CIN3 y, además, cáncer in situ.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, el cáncer de cuello uterino es una enfermedad que se puede prevenir gracias al conocimiento de su fisiopatología y de sus factores etiológicos, siendo el principal causante el virus del papiloma humano (VPH). No obstante, sigue siendo un gran reto reducir la incidencia de esta enfermedad.

El papel de la enfermería es imprescindible en la prevención del cáncer de útero debido al contacto directo que tiene con la población, debiendo informar sobre los factores de riesgo asociados a esta enfermedad.

Las enfermeras deben actualizar sus conocimientos sobre la fisiopatología del cáncer de cuello uterino y sus métodos preventivos y de diagnóstico y deben hacer uso de todas las herramientas disponibles para asegurar la adherencia de las mujeres a las campañas de vacunación y cribado que su comunidad ponga en marcha.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2022. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
2. Sistema. Cáncer de cervix - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Seom.org. 2020. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix>
3. García O, E. C, Sánchez G, Delis P, la perspectiva enfermera. SANUM RP del C de CD. Prevención del cáncer de cervix desde la perspectiva enfermera [Internet]. Revistacientificasanum.com. Disponible en: https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a4.pdf
4. Cobas® HPV [Internet]. Diagnostics. Disponible en: <https://diagnostics.roche.com/es/es/products/params/cobas-hpv.html>

5. Torreón Cardoso R, Calero Fernández MR [et al]. Cáncer de cervix: proceso asistencial integrado [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956e5120f_c_cervix.pdf
6. Olusola P, Banerjee HN, Philley JV, Dasgupta S. Human papilloma virus-associated cervical cancer and health disparities. Cells [Internet]. 2019;8(6):622. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/cells8060622>
7. ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)? [Internet]. Cancer.org. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
8. Sistema. Cáncer de cérvix - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2020. Disponible en: <https://seom.org/174-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix>
9. Lorenzo LS. Cáncer de cérvix. Causas y factores de riesgo [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica; 2020. Disponible en: <https://seom.org/174-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix>
10. Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2003;16(1):1–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.16.1.1-17.2003>
11. Volkova LV, Pashov AI, Omelchuk NN. Cervical carcinoma: Oncobiology and biomarkers. Int J Mol Sci [Internet]. 2021;22(22):12571. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms222212571>

Capítulo 6

ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

INMACULADA LÓPEZ GARCÍA

MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE

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

Realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye manejo de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético en atención primaria.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En varios estudios se evidenció que en un número significativo de pacientes analizados no recibieron un programa preventivo ni una valoración por parte del equipo de atención primaria, además tampoco tenían conocimientos sobre la importancia en el cuidado de los pies, identificación de factores de riesgo como la enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, las deformidades en los pies, y los antecedentes de úlceras.

El cuidado de los pies, el conocimiento por parte de los pacientes y sus cuidadores de los cuidados de las úlceras y del manejo de la diabetes demuestran el papel

que enfermería adquiere como labor fundamental para conseguir un estado de salud.

Los objetivos preventivos que se deben llevar a cabo para el cuidado de los pies en paciente con diabetes mellitus son:

- Mantener niveles óptimos de glucosa en sangre.
- Lavar los pies con agua templada, secar bien e inspeccionar diariamente en busca de lesiones.
- Hidratar bien, evitando el exceso de crema y los productos irritantes.
- Cortar y limar las uñas en recto.
- No caminar descalzo y utilizar un calzado adecuado, no demasiado apretado.
- Acudir al podólogo para el cuidado de callos y durezas.
- No utilizar mantas eléctricas para evitar quemaduras.
- Por parte de los profesionales se valorará una vez al año los niveles neurológico, vascular y biomecánico, con frecuencia de cada 6 meses en caso de mostrarse factores de riesgo.
- El paciente debe realizar una valoración diaria exhaustiva de los pies en busca de heridas o roces.
- Llevar a cabo una higiene adecuada, respecto a las uñas cortarlas de manera regular tras el baño, con la forma de los dedos para evitar bordes en pico susceptibles de clavarse en la piel,
- En cuanto al lavado de los pies, debe ser diario con agua templada y jabón, secándolos minuciosamente evitando la fricción excesiva.
- En zona seca de los talones, pueden aplicarse productos hidratantes naturales, no entre los dedos de los pies.

El autocuidado, la prevención y la reducción de complicaciones basadas en la identificación de los factores de riesgo, estado de la úlcera y necesidades individuales se dan abrigo en la consulta de enfermería aunque el pie diabético requiere de un abordaje multidisciplinar, ya que existen numerosas afectaciones en las extremidades que pueden ocurrir y precisar en algún momento de la intervención de algún especialista.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios señalan que los protocolos de prevención primaria en conjunto con una correcta educación sanitaria del paciente y su familia desde la enfermería de atención primaria mejora la calidad de vida de estos pacientes, disminuye la frecuencia de las amputaciones relacionados con la diabetes y disminuye los ingresos hospitalarios así como la mortalidad.

La creación de programas de prevención en el pie diabético reduce el gasto sanitario destinado a intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios. Es necesario desarrollar programas de prevención y tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones crónicas.

La educación diabetología y el control de los factores de riesgo previene las ulceraciones y amputación del pie diabético.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 7

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA PRUEBA DEL TEST DE ALIENTO

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

INMACULADA LÓPEZ GARCÍA

MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE

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

Realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye el manejo de la prueba del test de aliento por parte de enfermería.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen diferentes métodos para diagnosticar una infección de *H. pylori* clasificándose en invasivos, si precisan de endoscopia con toma de biopsia gástrica, o no invasivos como la determinación de antígeno en heces; el Test serológico en sangre y el Test de aliento con urea marcada con ¹³C.

El test de aliento es la prueba no invasiva de elección. Se basa en la actividad ureásica del *Helicobacter Pylori* para transformar la urea. Durante la realización de la prueba se administra un comprimido de urea marcada con un isótopo no radioactivo: el carbono- 13. En presencia del *Helicobacter Pylori* la urea marcada es degradada en dióxido de carbono y amoníaco. El CO₂ marcado se absorbe, pasa a la sangre y es eliminado en forma de aire espirado a través de los pulmones.

Ese aire hay que recogerlo en una bolsa para hacer la comparación con los niveles basales de eliminación de dióxido de carbono. Si se detecta presencia de *Helicobacter Pylori* habrá un aumento de dióxido de carbono y con ello confirmaremos la infección.

El test del aliento es realizado por personal de enfermería de forma ambulatoria siendo necesario que previamente a su realización el paciente cumpla los siguientes requisitos:

- Dejar el tratamiento con inhibidores unos 15 días antes de hacer la prueba.
- No haber consumido antibióticos unos 28 días antes de la prueba.
- Estar en ayunas 8 horas antes de someterse a la prueba.
- No haber fumado, masticado caramelos o chicles ni haberse lavado los dientes o usado colutorios.
- No realizar ejercicio físico 30 minutos antes de hacer la prueba

El test del aliento tiene una duración aproximada de unos 40 minutos y se suele realizar preferentemente a primera hora de la mañana para facilitar el ayuno del paciente.

La realización del test del aliento está contraindicada en los pacientes alérgicos a la urea o a alguno de los componentes del test; En los niños menores de 5 años de edad y en los pacientes gastrectomizados

5 Discusión-Conclusión

La infección por *Helicobacter Pylori* es una dolencia que se produce en casi la mitad de la población mundial y puede causar diferentes lesiones como gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico

El test del aliento es una prueba diagnóstica no invasiva que mediante un sistema sencillo, indoloro y fácil de realizar permite detectar la infección de esta bacteria gramnegativa en la mucosa gástrica.

El personal de enfermería que se va a encargar de recoger las muestras tiene que informar adecuadamente al paciente de manera que este le quede claro todo lo que tiene que hacer antes, durante y después de haber realizado la prueba, ya que de no hacerlo correctamente, podría influir negativamente en los resultados de la prueba.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.

3. <http://books.google.es>.

Capítulo 8

ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENDOCRINAS Y METABÓLICAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

INMACULADA LÓPEZ GARCÍA

MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE

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

Realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye el papel de enfermería en la detección precoz de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas.

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 este apartado vamos a nombrar cuales son las instrucciones para la toma de la muestra de sangre del talón:

La toma de la muestra se tiene que hacer a partir de las 48 horas de vida del neonato, tras la ingesta de 24 horas de alimento.

Preparación:

1. Es necesario realizar una correcta higiene de manos.
2. Hay que realzar la preparación de todo el material que va hacer falta.

3. Usar guates que no tengan polvo y que es necesario cambiarlos después de haber realizado cada punción.

4. Hay que confirmar la identidad del neonato y cerciorarse de que el formulario de datos está completo correctamente.

Toma de la muestra:

1. En primer lugar cogeremos al recién nacido en posición vertical y a continuación pondremos la pierna por debajo del nivel de corazón para así poder incrementar la presión venosa. Luego haremos un masaje en el talón.

2. Procederemos a desinfectar el talón con una gasa impregnada en alcohol de 70° y a continuación secaremos la zona con una gasa. Es importante no utilizar yodo para desinfectar debido a que es malo para el neonato y a parte puede alterar el resultado de la prueba.

3. Se procederá a realizar un pequeño corte con el dispositivo de incisión en las caras laterales de la zona plantar del talón.

4. Una vez que se forma la primera gota de sangre hay que quitarla porque puede contener fluidos tisulares que pueden diluir la muestra.

5. Esperar a que se forme una gota grande de sangre. Impregnar el interior de los círculos de papel filtrante con una única gota (Tarjeta de Guthrie). La mancha debe empapar bien por ambos lados, de modo que sea igual por el anverso que por el reverso. La sangre debe recogerse de una sola vez (una sola gota por círculo). Cada laboratorio especificará el número de círculos de sangre que deben ser rellenados.

6. Una vez que termina la toma de muestra hay que elevar el pie del bebé y presionar sobre la zona de sangrado hasta que deje de sangrar.

7. Tirar todos dispositivos usados en la toma de la muestra en el contenedor adecuado.

8. Dejar secar al aire en posición horizontal, durante un mínimo de 1 a 3 horas a temperatura ambiente, alejándola de cualquier foco de luz directa y de calor.

Mandar a laboratorio dentro de las 24 -48 horas siguientes a la extracción.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería, encargado de realizar la prueba, deberá estar formado y actualizado en los últimos progresos al respecto. De modo que conozcan y alcancen las competencias correspondientes para el abordaje de la técnica de forma adecuada.

El beneficio principal de esta prueba, es la prevención de discapacidades asociadas a las enfermedades cribadas mediante la detección precoz durante el periodo subclínico

(Cuando aún no hay síntomas) y la instauración inmediata del tratamiento. Con el fin último de disminuir la incidencia de deficiencias psíquicas y físicas, disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen las enfermedades a estudio.

Es importante matizar que no es un procedimiento diagnóstico definitivo, sino que identifica grupos de personas de alto riesgo. Los individuos que presenten un resultado positivo serán derivados a dispositivos asistenciales especializados para poder ofrecer un diagnóstico de certeza.

En España, continúan existiendo grandes diferencias en los programas de cribado neonatal en las diferentes comunidades autónomas.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>

Capítulo 9

CAMBIO DE CÁNULA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ADELA CUENCA ARANDA

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

NOELIA VALVERDE BAEZA

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

EMMA MARTÍN MAÑAS

1 Introducción

La traqueostomía consiste en una técnica quirúrgica que da lugar a la comunicación directa entre la tráquea con el exterior.

La colocación de una traqueostomía tiene varios beneficios frente a la intubación endotraqueal como mejorar la comodidad del paciente, reducir la necesidad de sedación, disminuir la resistencia de las vías respiratorias y permitir un cuidado más fácil de las mismas.

Sin embargo, también hay algunas complicaciones como son el neumotórax, el sangrado, la estenosis subglótica, la fístula traqueoesofágica, una disfunción de las cuerdas vocales, la granulación del estoma, la fístula traqueal persistente y la cicatrización.

La traqueostomía consiste en realizar un orificio en el cuello que se llama estoma.

En el estoma se coloca una cánula, que fijada alrededor del cuello del paciente mediante un lazo o cinta, permite el paso de oxígeno ambiental o permite la conexión a equipos de ventilación mecánica en pacientes que tienen el proceso de respiración alterado.

En el mercado existen varios tipos de cánulas, eligiendo una u otra según las funciones necesarias para el paciente.

Según el material las más utilizadas son las de PVC, plata y silicona. Estas mismas pueden ser de dos tipos: fenestradas y sin fenestrar.

Según las necesidades del paciente la cánula puede tener balón o no.

Generalmente, el cambio de cánula lo realiza el personal de enfermería.

2 Objetivos

- Dar a conocer el procedimiento de cambio de cánula en pacientes traqueostomizados y los cuidados adecuados del estoma.
- Recaltar la importancia de que el personal de enfermería tenga los conocimientos para poder realizar este tipo de técnica.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica investigando diferentes artículos publicados en varias bases de datos científicas como Dialnet o Pubmed, páginas validadas como Google Scholar y protocolos revisados por diferentes organizaciones. También se ha añadido la experiencia práctica del trabajo en consulta de otorrinolaringología y UCI para elaborar este capítulo.

4 Resultados

Los cuidados que se realizan en el paciente traqueostomizado para obtener un buen mantenimiento de la traqueostomía y un estado óptimo del estoma son:

- Cambio de cánula: se recomienda que el primer cambio de cánula tras la realización de la traqueostomía sea a partir del quinto día si se ha realizado una traqueostomía quirúrgica; o después de diez días si se ha realizado una traqueostomía percutánea. El primer cambio de cánula debe de realizarlo el personal facultativo, y los posteriores cambios los harán el personal de enfermería. Respecto a la traqueostomía temporal, la cánula interna se limpiará a diario o las veces que sea necesario teniendo en cuenta el tipo de secreciones que se expulsan,

previniendo la obstrucción de la cánula.

La cánula externa se cambiará una vez a la semana si está en buenas condiciones, si hay algún factor que requiera el cambio de cánula externa, como puede ser que el balón esté defectuoso o que se necesite otro tamaño, se realizará en el momento.

La cánula externa se debe de fijar con los dedos durante las curas del estoma para evitar el desplazamiento de la misma.

Por otro lado, la cánula de las traqueostomías permanentes, serán cambiadas una vez al día.

Antes del cambio de cánula, se debe de tener a mano un equipo de oxígeno y un equipo de aspiración. Los siguientes pasos a seguir son:

- Aspiración: se comienza aspirando las secreciones que pudiera haber, realizándose según la cantidad y estado de las mismas. Estas aspiraciones solo se realizan en caso de necesidad, ya que suponen un riesgo de infección e irritación de la tráquea.

- Decanulación: es importante lavarse las manos, usar guantes y mascarilla desechables. Se prepara un campo estéril para colocar la cánula limpia con su cinta de sujeción y un babero y se lubrica la punta de la cánula con vaselina.

Se retira la cánula completa que porta el paciente.

A continuación, con guantes estériles se limpia el estoma de dentro hacia afuera con suero fisiológico. En caso de que el estoma aún no esté cicatrizado, se realiza una cura con gasas impregnadas en povidona yodada.

Con el cuello ligeramente hiperextendido se introduce la cánula, curvando y rotándola hacia abajo, de forma suave. Después se anudan las cintas para asegurar la sujeción de la cánula. Tras esto, se comprueba que la ventilación del paciente es correcta.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con traqueostomía están expuestos a diferentes riesgos que pueden comprometer su salud, como son el riesgo de infección, la posible broncoaspiración, sufrir una obstrucción debido a un taponamiento mucoso o que la cánula se desplace del lugar correcto.

Por todo ello, el personal de enfermería debe de tener unos conocimientos óptimos sobre el cuidado del estoma y el cambio de cánula, reflejándose en la calidad de vida del paciente y su evolución hacia la independencia. Es importante también conocer los riesgos y complicaciones que supone tener una traqueostomía para el paciente para prevenir los posibles daños.

Por otro lado, el personal de enfermería es el encargado de enseñar al paciente la técnica de decanulación para que pueda realizarla en su domicilio y conseguir mayor autonomía.

6 Bibliografía

1. Girona, M. R. R., Hernández, I. T., & Fuertes, X. O. (2010). Protocolo de cuidados de enfermería al paciente crítico con traqueotomía. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 90, 29–32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3281948>
2. Cheung, N. H., & Napolitano, L. M. (2014). Tracheostomy: Epidemiology, indications, timing, technique, and OutcomesDiscussion. *Respiratory Care*, 59(6), 895–919. <https://doi.org/10.4187/respcare.02971>
3. Núñez, J.C., Molero, M.M., Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Simón, M.M., Martos, A., Barragán, A.B. (2017). Atención a las necesidades comunitarias para la salud. Cuidados de enfermería en adultos con traqueostomías, 17-22. <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO%20atencion-a-las-necesidades.pdf#page=17>
4. Soria Delgado, R (2011). Cambio de Cánula de Traqueotomía en Unidad de Hospitalización. Manual de procedimientos de Enfermería. <https://www.hca.es/hcua/>

Capítulo 10

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN DEL PACIENTE ANCIANO EN ENFERMERÍA. ESCALA BVD/BARTHEL

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

También se puede medir la dependencia de una persona utilizando herramientas como la escala BVD/Bartel, gracias a la cual nos es posible determinar el nivel de dependencia de una persona, o el grado en que la discapacidad requiere ayuda de otra persona para realizar una serie de actividades diarias básicas, desde comer hasta limpiar y levantarse. , ir al baño, caminar, vestirse, etc. Ropa, etc.

La Escala BVD/Bartel, o Escala de Evaluación de Adicciones, es una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial para evaluar la función en pacientes con trastornos neurológicos. También se utiliza para evaluar a pacientes que requieren apoyo o colocación en viviendas públicas. Esta prueba evalúa la capacidad del cuidador

para realizar diversas actividades de la vida en función de la cantidad de ayuda que necesita.

Se ha utilizado desde su introducción en 1955, ha generado varias versiones y sirve como estándar para comparar con otras escalas. Una de sus ventajas es que es un método de medición fácil de utilizar y con un alto grado de confiabilidad y validez. Además, su aplicación puede detectar cambios evolutivos en el analito, es fácil de interpretar y su uso no provoca molestias al paciente, que sólo tarda unos minutos en rellenar el texto de valoración.

2 Objetivos

-Exponer la valoración de un paciente anciano en enfermería mediante la Escala BVD/Barthel.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica en los buscadores Pubmed, Scielo y Medline, con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

Valoración del paciente anciano en enfermería. Escala BVD/Barthel

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

¿Cómo medir la dependencia utilizando el índice de Barthel? La escala de calificación de adicciones propuesta por el Índice de Barthel utiliza 10, 5 o 0 puntos para calificar la adicción de una persona a más de diez conductas básicas en la vida cotidiana. En otras palabras, si la persona puede realizar la tarea de forma independiente, obtiene 10 puntos; en caso contrario, obtiene 10 puntos. Puntuación 5 si necesita ayuda con ciertos aspectos de la tarea y 0 si es completamente incapaz de realizarla sin ayuda.

A continuación se detallan las tareas básicas de la vida diaria evaluadas por el índice de Barthel: comer

✓ Independiente: Capaz de alimentarse por sí mismo en un periodo de tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona. (10)

✓ Necesita ayuda: cortar carne o pan, untar mantequilla, etc., pero puede comer solo. (5)

✓ Dependencia: necesitar de otra persona para alimentarse. (0) baño o ducha

✓ Por separado: totalmente lavable. Incluyendo entrar y salir del baño. Todo esto se puede hacer sin otros. (10)

✓ Adicción: Necesita ayuda o supervisión. (5)

Prepararse

✓ INDEPENDIENTE: Puede ponerse y quitarse la ropa sin ayuda. (10)

✓ Ayuda necesaria: complete al menos la mitad de las tareas usted mismo dentro de un período de tiempo razonable. (5)

✓ Dependencia: No puedo completar ninguna tarea solo. (0) prepararse

✓ INDEPENDIENTE: Realiza todas las actividades individuales sin ayuda. Otros pueden proporcionar los accesorios necesarios. (10)

✓ Adicción: Necesita ayuda. (5) incontinencia fecal

✓ Incontinencia: No hay casos de incontinencia. (10)

✓ Accidentes irregulares: menos de una vez por semana o necesitar la ayuda de enemas y supositorios. (5)

✓ Incontinencia. (0) micción forzada

✓ Incontinencia: No hay casos de incontinencia. Posibilidad de utilizar cualquier dispositivo de forma independiente. (10)

✓ Accidentes irregulares: La incontinencia ocurre no más de una vez cada 24 horas. Incluye la necesidad de asistencia en la operación de sondas y otros equipos. (5)

✓ Incontinencia. (0) ir al baño

✓ Independencia: Entra y sale solo, no necesita ayuda de otros. (10)

✓ Asistencia necesaria: Puede afrontar la situación con una asistencia mínima: Capacidad para usar el baño. Se limpia solo. (5)

✓ Adicciones: No puedo afrontarlo sin ayuda. (0)

Muévete al sofá o a la cama.

✓ Independiente: no necesita ayuda. (Resultado 15 en este ejemplo)

✓ Ayuda mínima. Incluir supervisión verbal o asistencia física. (10)

✓ Ayuda mucho. Requiere la asistencia de una persona fuerte o entrenada. (5)

✓ Adicción. Para levantarlo se necesitan una grúa o dos personas. No poder permanecer sentado. (0)

Errante

- ✓Independiente. Puedes caminar 50 metros o el equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar ayudas (bastones, muletas), excepto andadores. Si lleva una prótesis, debe poder ponérsela y quitársela usted mismo. (quince)
- ✓Necesita ayuda. Se requiere supervisión o asistencia física de otra persona. Necesitará un andador. (10)
- ✓Dependiente de silla de ruedas. No se requiere asistencia ni supervisión. (5)
- ✓Adicción. (0) bajando las escaleras
- ✓INDEPENDIENTE: Capacidad de subir y bajar pisos sin la ayuda o supervisión de otros. (10)
- ✓Ayuda necesaria: Necesita ayuda o supervisión. (5)
- ✓Dependiente: No se pueden guardar pasos. (0)

La suma de los puntos obtenidos determinará el nivel de dependencia, por lo que si la puntuación es inferior a 20, la persona se considera totalmente dependiente. A partir de 20-35 minutos hablamos de alta adicción. Si el índice está entre 40 y 55 se considera una persona moderadamente dependiente, si tienes más de 60 años eres algo dependiente y a los 100 años eres completamente independiente (95 si necesitas silla de ruedas).

5 Discusión-Conclusión

El Índice de Barthel es una herramienta que mide la capacidad de una persona para realizar diez

Se cuantificaron las actividades de la vida diaria (ABVD), consideradas básicas Tan independiente como lo era en la versión original. BI se define como: “Un indicador general del grado de independencia del paciente

Realizar algunas actividades de la vida diaria (ABVD) donde las actividades varían.

La puntuación y el peso según la capacidad del sujeto para realizar estas acciones. El valor asignado a cada actividad se basa en el tiempo y la cantidad de asistencia física requerida.

Si el paciente no puede realizar esta acción o si las acciones del paciente no reciben crédito completo.

Si requiere asistencia y/o supervisión unificada mínima; por ejemplo o si no puede funcionar de forma segura en eventos o situaciones donde no hay nadie presente.

Por todo ello es una escala muy útil para valorar la dependencia que puede realizar el personal de enfermería.

6 Bibliografía

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

Capítulo 11

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO. TEST DE APGAR EN ENFERMERÍA

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

La prueba de Apgar es una prueba rápida que se realiza entre el primer y quinto minuto después del nacimiento. El resultado en el primer minuto determina qué tan bien el niño tolera el proceso de parto. La parte de 5 minutos le dice a la enfermera cómo se encuentra el feto fuera del útero. También ayuda a evaluar la capacidad de respuesta del bebé cuando necesita reanimación inmediatamente después del nacimiento. En casos raros, la prueba se realizará tan pronto como 10 minutos después del nacimiento. Virginia Apgar, MD (1909-1974) comenzó a utilizar la puntuación de Apgar en 1952. Esta prueba se realiza para determinar si el recién nacido necesita asistencia respiratoria o tiene problemas cardíacos. También se le llama puntuación del recién nacido; de nacimiento - Apgar.

La palabra Apgar se refiere a "Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración."

En la prueba, se utilizan estos cinco factores para evaluar la salud del bebé. Y cada factor o aspecto se evalúa en una escala que va del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible:

Aspecto (color de la piel)

Pulso (frecuencia cardíaca)

Irritabilidad (respuesta refleja) (de Grimace en inglés)

Actividad (tono muscular)

Respiración (ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio)

2 Objetivos

Explicar en qué consiste el test de Apgar para la valoración del recién nacido.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica en los buscadores Pubmed, Scielo y Medline, con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

Valoración del recién nacido. Test de Apgar en 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 pruebas de Apgar las realiza un médico, una matrona o una enfermera. La enfermera examina al bebé: dificultades respiratorias latido del corazón tono muscular reflexiones

Color

A cada categoría se le asigna una puntuación de 0, 1 o 2 dependiendo de la condición observada. Esfuerzo respiratorio:

Si el bebé no respira, la puntuación es 0. Si la respiración es lenta o irregular, la puntuación del esfuerzo respiratorio del bebé es 1. Si el niño llora bien, la res-

piración es 2. Evaluar el pulso con un estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

En ausencia de frecuencia cardíaca, la puntuación es 0. Si el pulso es inferior a 100 latidos por minuto, la frecuencia del pulso del niño es 1. Si el pulso es superior a 100 latidos por minuto, la frecuencia del pulso del niño es 2.

Tono muscular:

Si los músculos están relajados y flojos, el niño tiene una puntuación de tono muscular de 0. Si hay algún tono muscular, el niño tiene una puntuación de 1. En los bebés, la puntuación del tono muscular es 2 si hay movimiento activo.

Respuesta gestual (hacer muecas) o reflejo disfórico son términos que describen respuestas a estímulos como una ligera sensación de hormigueo:

Si no hay respuesta, el niño recibe una puntuación de 0, que representa inquietud. Si había gestos o muecas, los bebés recibían una puntuación de 1, lo que reflejaba ansiedad. Si hay gesticulación y tos, estornudos o llanto intensos, el bebé tiene 2 puntos que indican inquietud.

Color:

Si el color de la piel es azul claro, los valores del bebé 0. Si el cuerpo del bebé es rosa y las extremidades son azules, la evaluación es 1. Si el bebé está completamente rosado, el resultado del color es 2. Motivo para realizar el examen

Esta prueba se realiza para determinar si el recién nacido necesita asistencia respiratoria o tiene problemas cardíacos. resultado normal

La prueba de Apgar se basa en una puntuación total del 1 al 10. Cuanto mayor sea la puntuación, mejor le irá al bebé después del nacimiento. Una puntuación de 7, 8 o 9 es normal e indica que el recién nacido goza de buena salud. 10 puntos es muy inusual porque casi todos los recién nacidos pierden un punto por manos y pies azules, lo cual es normal al nacer. Importancia de los resultados anormales
Cualquier puntuación inferior a 7 indica que el niño necesita atención médica. Cuanto más baja sea la puntuación, más ayuda necesitará el bebé para adaptarse fuera del útero. Las puntuaciones bajas de Apgar casi siempre son causadas por:
Parto difícil

Cesárea

Líquido en las vías respiratorias del bebé.

Los bebés con puntuaciones bajas de Apgar pueden necesitar:

Administrar oxígeno y despejar sus vías respiratorias para ayudarlo a respirar.

La estimulación física hace que el corazón lata a un ritmo saludable.

En la mayoría de los casos, el resultado será bajo en el minuto 1 estando cerca del

resultado normal en el minuto 5.

La puntuación de Apgar generalmente no se realiza después de 5 minutos. Una puntuación de Apgar baja no significa que su bebé tendrá problemas de salud graves o crónicos.

La prueba de Apgar no pretende predecir futuros problemas de salud del bebé.

Si la puntuación de Apgar cae por debajo de 7 en cinco minutos, algunos médicos se comunicarán unos minutos más tarde para evaluar la eficacia de las medidas adoptadas para tratar los problemas respiratorios o cardíacos.

Si se vuelve a realizar la prueba, normalmente deberá detenerse cuando la puntuación de Apgar llegue a 7.

5 Discusión-Conclusión

Esta prueba no pretende predecir la salud, el comportamiento, la inteligencia, la personalidad o el desempeño a largo plazo de un bebé. Esta prueba está diseñada para ayudar a los profesionales de la salud a evaluar la condición física de un recién nacido para determinar rápidamente si necesita atención médica inmediata. Dado el tiempo necesario para adaptarse al nuevo entorno extrauterino y la atención médica necesaria, la mayoría de los bebés responden bien.

Por todo esto realizar correctamente la evaluación Apgar tras el nacimiento del bebé por parte de la matrona o el personal de enfermería es una labor muy importante a realizar en la sala de partos.

6 Bibliografía

1. <https://kidshealth.org/es/parents/apgar.html>.

Capítulo 12

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: RECUERDO SOBRE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA (MANTOUX) PARA ENFERMERÍA

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas con mayor impacto en la salud social a nivel mundial.

En los pacientes pediátricos, especialmente los más jóvenes, un diagnóstico definitivo sigue siendo un desafío y, a pesar de la aparición de métodos moleculares para mejorar el diagnóstico, los métodos inmunológicos siguen siendo el pilar. Entre ellos, realizamos la prueba de Mantoux in vivo y el llamado ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) in vitro. Ambos dependen de la respuesta inmune celular a los antígenos micobacterianos.

Mantoux es la prueba de referencia utilizada para diagnosticar la infección tuberculosa.

Mide la hipersensibilidad de tipo retardado a varios antígenos micobacterianos contenidos en PPD (derivado proteico purificado), por lo que su sensibilidad y especificidad no son lo suficientemente altas. A efectos de esta evaluación se han establecido valores de corte en base a datos epidemiológicos e individuales para mitigar estas debilidades. Un IGRA introducido en los últimos años puede medir la producción de IFN γ cuando es estimulado por el antígeno 2 o 3.

Estos antígenos no reaccionan de forma cruzada con la mayoría de las micobacterias no tuberculosas (NTM), por lo que tienen una mayor especificidad y pueden superar algunas de las limitaciones de Mantoux.

Ambas pruebas son menos sensibles en personas con inmunidad celular reducida, incluidos niños menores de 5 años.

Ambas pruebas alcanzaron positividad entre 6 y 8 semanas (rango entre 2 y 12 semanas) después de la infección.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia sobre la prueba de la Tuberculina (Mantoux) para Enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se realiza mediante el método de reacción intradérmica de Mantoux. Inyectar por vía intradérmica utilizando una aguja de calibre 26-27 en la superficie anterior del antebrazo, lejos de los vasos sanguíneos y dentro de la piel no dañada. La aguja debe insertarse lentamente, en un ángulo hacia arriba de 5 a 15 grados, y el bisel de la aguja debe ser visible debajo de la piel. Cuando se inyecta una pequeña cantidad de solución de PPD por vía intradérmica, se crea una protuberancia en la piel (de 6 a 10 mm de diámetro) llamada "protuberancia" para garantizar una administración adecuada. Si no se forma esta protuberancia, la prueba debe

repetirse inmediatamente en otro sitio al menos a 5 cm del sitio de inyección original y se debe anotar el sitio de la segunda inyección³. Según las pautas de los CDC de 2005, se puede inyectar en la parte posterior del hombro si se pierde el uso de ambas manos.

Se debe documentar el lugar de la inyección, la fecha y hora en que se realizó la prueba, quién la realizó y el número de lote del producto y el fabricante. Los pacientes deben evitar rascarse o frotarse el área y mantenerla descubierta y limpia.

Complicaciones

Los efectos secundarios son muy raros. Se han informado reacciones alérgicas graves (anafilaxia/angioedema).

Efectos locales en el lugar de la inyección: dolor, picazón, hematoma, inflamación, necrosis y formación de ampollas.

Los síntomas vagales (síncope/presíncope) están relacionados con el momento de la inyección.

Fiebre

No debe repetirse en ninguna persona que haya tenido una reacción grave (anafilaxis, shock, ulceración, necrosis o formación de ampollas).

La vacuna BCG puede detectar cierta reactividad durante 3 a 5 años (a veces incluso más). Más del 90% de los niños enfermos tenían Mantoux +.

Sin embargo, en algunos casos (que no responden) y hasta en un 50% de las tuberculosis miliar y meníngea, la prueba puede ser inicialmente negativa.

El efecto booster (efecto aditivo o de presión): La repetición de la prueba de Mantoux al cabo de 7-10 días aumenta la respuesta en individuos previamente sensibilizados (individuos vacunados con BCG, individuos infectados por micobacterias no tuberculosas e individuos con infecciones antiguas). Si la segunda prueba de tuberculina es 6 mm o más grande que la primera prueba, se considera positiva y se debe descartar una infección o enfermedad latente.

En algunos casos de reacciones inflamatorias graves, se pueden usar corticosteroides tópicos para prevenir las cicatrices.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el personal sanitario sepa realizar la técnica de Mantoux de forma adecuada y haga la lectura correctamente para evitar errores y falsos negativos y positivos. Debemos saber interpretar el resultado y transmitir al enfermo y a su familia tanto la necesidad de realizar la prueba a todo aquel que haya estado en contacto con el paciente como la importancia del tratamiento de la tuberculosis si finalmente se diagnostica, ya que puede ser una enfermedad mortal

Por ello es importante que el personal de enfermería encargado de realizar e interpretar las pruebas de Mantoux tenga toda esta información en cuenta.

6 Bibliografía

1. <https://www.guia-abe.es/anexos-mantoux-e-igras#:text=El%20Mantoux%20es%20la%20prueba,especificidad%20no%20son%20suficientemente%20altas>.
2. <https://fapap.es/files/639-429-RUTA/af8278a18dcbe3cb878a4483393061a4.pdf>.

Capítulo 13

TERAPIA ESPEJO Y REALIDAD VIRTUAL COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA EL DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES AMPUTADOS

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

JUAN GARCÍA GALÁN

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

LAURA BALLESTEROS JEREZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La amputación es una resección completa y definitiva de una parte de la extremidad o su totalidad. Consta de extirpar la parte de la extremidad afectada, ya sea superior o inferior, siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos (1,2,3).

Es considerada un proceso de carácter discapacitante que supone un gran problema de salud pública (4).

Según la OMS, el 90% de las amputaciones se dan en el miembro inferior, entre los 60 y 75 años, y se asocian con enfermedades vasculares periféricas, de las cuales

entre el 40 y 85% son consecuencia de la diabetes (2). La probabilidad de que una persona con diabetes sea amputada es 10 veces mayor que en una persona que no padece esta enfermedad (5). En un estudio epidemiológico descriptivo de carácter transversal se ha evaluado la incidencia de amputación de miembros inferiores asociada a diabetes mellitus en España y sus comunidades autónomas. Se realizaron cálculos teniendo en cuenta sexo y edad durante 15 años, desde 2001 hasta 2015; en este periodo de tiempo hubo 167 126 amputaciones en nuestro país, siendo Canarias y Murcia donde más incidencia hubo y Madrid donde menos (6).

Tras la amputación de una extremidad, pueden aparecer distintas sensaciones, pudiendo ser dolorosas o no (7). El dolor experimentado por el paciente amputado puede diferenciarse en dos tipos: el dolor de miembro residual (DMR), llamado comúnmente muñón, el cual se experimenta tras la reciente amputación y que suele deberse a una mala colocación de una prótesis, traumatismos sobre el muñón, insuficiencia vascular o aparición de neuromas (7,8) y, por otro lado, el dolor de miembro fantasma (DMF), consistente en la presencia de sensaciones dolorosas por parte de los pacientes amputados en la extremidad ausente. El DMF se manifiesta más tarde que DMR, con una incidencia cercana al 85 %, se asocia con la cronicidad y es clasificado de origen neuropático (7,9,10). El paciente amputado con frecuencia también puede experimentar la percepción no dolorosa de la presencia del miembro amputado de forma continua, con una incidencia de casi el 100% de pacientes amputados tras el primer mes de amputación (7).

Esta afección parece darse independiente del género, del nivel al que se realiza la amputación y de la edad, aunque se debe añadir que es menos frecuente en niños y personas jóvenes y prácticamente no existen casos en nacidos sin una extremidad (9).

El DMF puede presentarse con calambres dolorosos de corta duración o, por el contrario, percibirse la extremidad perdida de manera más intensa, siendo un dolor descrito como punzante, ardiente, palpitante o con calambres por un tiempo prolongado y de forma constante (9). Un estudio con 96 pacientes amputados determinó que había dos momentos señalados para el desarrollo del dolor de miembro fantasma: de forma aguda durante el primer mes y posteriormente a los 12 meses tras la amputación (10). En otros estudios prospectivos se ha comprobado que en el 50% de sujetos puede aparecer este dolor a las 24 horas de la amputación, mientras que en el 60-70% lo hace un año después. Esta condición es dependiente de la naturaleza de la amputación, pudiendo variar los porcentajes en función de la etiología (9,11).

En cuanto a la fisiopatología del DMF, se cree que este mecanismo de dolor de miembro fantasma está relacionado con ciertos factores(9,12)

- Factores periféricos.
- Factores centrales.
- Reorganización cortical.
- Factor psicológico.

Para el tratamiento del DMF no existe actualmente una pauta establecida ni un consenso claro acerca de la eficacia de los tratamientos, ya que menos del 10% de pacientes en tratamiento médico obtienen alivio de DMF por un tiempo prolongado. Aun así, existen varias opciones terapéuticas comprendidas entre tratamiento farmacológico y no farmacológico (9).

Algunos de los fármacos más empleados para el DMF incluyen(11):

- Antidepresivos tricíclicos.
- Anticonvulsivos.
- Opioides.

Entre las opciones de tratamiento no farmacológico se encuentran principalmente: Terapia espejo (TE), Realidad virtual (RV) y Realidad Aumentada (RA), que consiste en una modalidad de la RV (9).

La TE consiste en representar el movimiento e imagen del miembro amputado utilizando el reflejo del miembro sano mediante un espejo físico, creando la ilusión de función del miembro ausente. Esta técnica requiere que el paciente permanezca con la mirada fija y frente al espejo, manteniendo el cuerpo en el plano sagital con respecto al espejo. El paciente debe ignorar el miembro intacto, observando únicamente el reflejo. Esto induce una sensación de movimiento en el miembro fantasma, reduciendo el DMF en algunos casos. Esta retroalimentación visual fue propuesta a principios de la década de 1990 como tratamiento para DMF (13). En la comprobación de la eficacia de la SE TE suele utilizar la técnica del espejo cubierto (EC) a modo de grupo control. Este método solo se diferencia de TE en la omisión del feedback visual mediante el cubrimiento del espejo (14). Las otras opciones de tratamiento no farmacológico son la RV y RA, tratamientos cada vez más accesibles debido a su disponibilidad comercial, los cuales pueden ofrecer inmersión y personalización. La RV crea una simulación completa del entorno y el paciente mediante sistema informático o con dispositivos adaptados a “smartphone”, mientras que la RA, siendo una modalidad de RV, emplea sujetos generados virtualmente y se superponen en un entorno de la vida real. Ambos sistemas de tratamiento pueden crear una extremidad virtual para que un pa-

ciente amputado pueda ver, mover e interaccionar en un espacio tridimensional el miembro amputado (13,15).

Otros procedimientos y técnicas utilizados en el control del DMF son:

- Imaginería motora (IM): Es una técnica que implica un proceso cognitivo, sensorial y perceptivo complejo. El paciente debe crear una representación mental del movimiento sin llevarlo a cabo físicamente (13).
- Estimulación táctil (ET): Que consiste en dar una estimulación táctil al paciente mediante el tacto humano o con un objeto (16).
- Ejercicios fantasma (EF): Son ejercicios en los que el paciente realiza movimientos con el miembro residual y visualiza los mismos movimientos con el miembro fantasma (16).
- Ejercicios sensitivo motores (ES): Son ejercicios variados que consisten en la movilización del miembro sano (16).
- Estimulación eléctrica transcutánea (TENS): Es una intervención que consiste en la aplicación de un estímulo eléctrico de baja frecuencia sobre la piel, que activa una red neuronal para reducir el dolor mediante la activación de sistemas inhibitorios en el sistema nervioso central (16).

La enfermería podría jugar un papel importante en este tipo de tratamientos no farmacológicos, puesto que son tratamientos accesibles y sobre los que podemos dar información e impartir en el paciente con DMF.

2 Objetivos

Comentar la eficacia de la terapia espejo y terapia con realidad virtual como tratamientos no farmacológicos para el alivio del dolor en pacientes amputados con dolor de miembro fantasma.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica siguiendo la modalidad de revisión de revisiones, conocida como “revisión paraguas” (“Umbrella review”, denominación en inglés). Este tipo de revisiones facilitan el acceso a la evidencia científica mediante la revisión de únicamente revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis. Esta revisión de revisiones nos otorga el poder sintetizar y agrupar una mayor cantidad de información, además de poder comparar las diferentes publicaciones y obtener así una visión global de la diversa información

que existe sobre un tema concreto. También nos da la posibilidad de realizar un análisis de la evidencia de las distintas intervenciones destinadas al mismo problema, mostrando de esta forma diferentes resultados contrastados. Se ha elaborado esta revisión siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (17,18).

3.1 Bases de datos

La búsqueda para llevar a cabo este trabajo se ha realizado desde enero hasta marzo de 2023, en fuentes y bases de datos usadas frecuentemente en el ámbito de Ciencias de la Salud: Pubmed (Medline), Scopus, Scielo y Cochrane Library; hallándose únicamente resultados en las primeras bases de datos nombradas.

3.2 Términos y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica ha sido realizada en inglés y se ha dividido en dos partes: Por un lado, se ha buscado tratamiento para DMF sobre Terapia espejo y, por otro lado, sobre Realidad virtual. Para ello, se utilizaron términos MESH (Medical Subject Headings) junto con términos del lenguaje natural, recogidos en la siguiente lista:

Términos Mesh: "phantom limb", "amputees", "virtual reality", "pain"

Términos lenguaje natural: mirror therapy, phantom limb pain, treatment, limb.

El operador booleano empleado fue "AND", uniendo de la siguiente forma los términos:

- Para terapia espejo: mirror therapy AND "amputees" AND "phantom limb" AND treatment.
- Para realidad virtual: "virtual reality" AND "phantom limb" AND treatment.

3.3 Criterios de inclusión y de exclusión

Se han seguido los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la búsqueda y selección de las revisiones empleadas para la realización de esta revisión bibliográfica.

Criterios de inclusión:

- RS y metaanálisis con acceso a texto completo.
- RS que traten sobre la eficacia del TE y/o RV en el alivio del DMF.
- RS que incluyan pacientes adultos con DMF.
- RS publicadas desde 2000 hasta la actualidad (2023)
- RS publicadas en inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Estudios en animales.
- Estudios sobre tratamiento farmacológico.
- Estudios que no incluyan DMF en los resultados.
- Estudios sobre psicoterapias.
- Estudios de pago.

3.4 Selección de artículos.

De las bases de datos utilizadas, se encontraron un total de 692 artículos, siendo eliminados 630 de ellos por no ser RS o metaanálisis.

En total fueron halladas 62 RS, de las cuales 17 fueron encontradas en Pubmed (Medline) y 35 en Scopus. Del total fueron eliminadas 12 RS por estar duplicadas, quedando 50. Tras la lectura del título y el resumen, se eliminaron 28 RS y al aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtienen así 22 RS, de los que se excluyen 14 artículos por no tener acceso a texto completo. Finalmente, un total de 8 artículos cumplían los criterios de selección.

4 Resultados

4.1 Características de los estudios.

4.1.1 Diseño de los estudios.

Las revisiones sistemáticas seleccionadas para esta “revisión paraguas” fueron finalmente 8: 6 RS cualitativas (13, 14, 15,19, 20, 21) y 2 con metaanálisis (16,21). La eficacia de TE en el control del dolor del miembro fantasma fue analizada en 3 RS cualitativas y 1 RS con metaanálisis (13,14,16,19) y la eficacia del tratamiento de RV en 4 RS y 1 RS con metaanálisis (13,15,20,21,22), siendo comparadas ambas terapias en una de estas RS cualitativas (13)

Un total de 80 estudios primarios fueron analizados entre todas las RS seleccionadas, habiendo un total de 14 estudios que fueron incluidos en más de una RS, 7 en cada tipo de tratamiento investigado.

Los estudios primarios correspondieron a: 29 ECA, 6 estudios prospectivos, 9 estudios de caso, 2 reportes de caso, 33 estudios de series de casos, y 10 EC no controlados. Todos los estudios fueron realizados entre los años 1996 y 2022 y las revisiones fueron publicadas en 2015 y 2022. (Ver anexo 1 tabla de evidencias).

La calidad de los estudios primarios incluidos en las distintas RS analizadas fue valorada por distintas escalas: los ECA se evaluaron en 4 RS (13,14,15,16) mediante

la escala PEDro y el resto de estudios primarios, por las escalas “MINORS” (15) y “New Castle” (21), “Downs and Black Checklist” (20) y French “National Authority for Health” (19) en 1 RS cada una. En general la calidad de los estudios recogidos en las distintas RS fue media.

La muestra total de participantes fue de 1822 pacientes amputados, siendo 1193 el número total de pacientes incluidos en la RS que investigaron la eficacia de la TE sobre el DMF y de 629 en la que investigaron la eficacia de RV. La RS de Wang et al (16) sobre la eficacia de la TE y la de Chung-Wai et al (22) sobre RV fueron las que contaron con mayor participación, 491 y 605 pacientes amputados, respectivamente, mientras que las revisiones de Guémann et al (14) sobre la eficacia del TE y la RS de Wong et al (21) fueron las que presentaron una muestra total más reducida, con 256 y 33 pacientes amputados.

En las 4 RS que investigaron sobre la eficacia de la TE (13,14,16,19) se encuentran 24 ECAs en total, en los cuales se compara este tratamiento principal con otras intervenciones: EC, TENS, VM, ET, EF y ES. Por otro lado, se revisaron 5 RS (13,15,20,21,22) que estudiaron el efecto de la RV, en las que se analizaron 4 ECA, cuyas comparaciones fueron realizadas entre la modalidad AR y TE (15,20,22).

La duración de cada sesión de tratamiento evaluado también se tuvo en cuenta en la mayoría de estudios primarios incluidos dentro de cada RS, aunque no en todos. En las revisiones que valoraron la eficacia de TE, el tiempo de intervención de cada sesión varió entre 5 minutos (16) y 40 minutos (13) y en las que valoraron la eficacia de RV entre cinco minutos (15) y dos horas (13,15,20,21 y 22).

Todas las intervenciones de los estudios primarios de cada RS han sido recogidas en la tabla de intervenciones del anexo 2, especificándose, en la medida de lo posible y si estaba indicado en el estudio: las intervenciones llevadas a cabo, el número de muestra, tipo de amputación, sesiones empleadas y los resultados obtenidos en cada estudio.

4.1.2 Características de la población de estudio.

Del total de participantes, 209 (18.28%) eran mujeres, 829(72.52%) hombres y 105 (9.18%) pacientes en los que no se recogió información sobre el sexo. La media de edad de los pacientes amputados que sufrían DMF fue 50.5 años, aunque una de las revisiones no proporcionó datos sobre la edad de la muestra (19)

El tipo de amputación que padecían los participantes podía ser de miembro superior o inferior. Un 30% de los pacientes sufrían amputación de miembro superior

y un 36.50% de miembro inferior y en el 33.5% restante no se informó sobre el tipo amputación que sufrían.

Los criterios de inclusión que se emplearon para la selección de pacientes en los estudios primarios fueron similares:

- Amputaciones de miembro superior e inferior.
- Presencia de DMF.

En cuanto a los criterios de exclusión, también fueron similares en todos los estudios:

- Pacientes menores de 18 años

4.1.3 Métodos de evaluación: escalas y cuestionarios.

Para la evaluación de eficacia de cada terapia en la disminución del dolor en los estudios primarios analizados en las distintas RS se utilizaron escalas y cuestionarios mediante los cuales los pacientes puedan expresar el nivel de dolor que están padeciendo. Las escalas más utilizadas fueron: la “Escala visual analógica de intensidad” (VAS) (13,14,15,16,19,20,21,22), la cual consiste en una línea horizontal de 10 centímetros y numerada del uno al diez, correspondiendo el extremo izquierdo con el cero (nada de dolor) y el extremo derecho sería el diez (dolor insoportable), y la “Escala numérica” (NRS) (14,15,16,19,20,21,22) muy similar a la anterior, consiste en una escala numerada del cero al diez, siendo el cero la ausencia de dolor y el diez el máximo dolor (9). Otras escalas de valoración del dolor utilizados por algunos estudios primarios fueron: UPS (2), BPI (13,22), WDPS (13,15,20). También se emplearon cuestionarios: “Cuestionario de Dolor de McGill” (MPQ) (13,14,20), que explora en el paciente las esferas afectivas y sensoriales. Para evaluar el dolor, al paciente se le muestran veinte grupos de adjetivos relacionados con distintas dimensiones del dolor y debe escoger uno de cada grupo. Este cuestionario tiene una versión más corta, “Short-form-MPQ” (SF-MPQ) (14,15,20,21,22) en el que hay quince grupos de adjetivos. La obtención de 0 puntos indicaría la ausencia de dolor, mientras que 50 puntos y 75 puntos indicarían el nivel máximo de dolor en la versión corta y larga respectivamente (9). Otros cuestionarios utilizados por algún estudio primario: PRI (parecido a SF-MPQ) y “Cuestionario de dolor de miembro fantasma” (22).

4.2 Tratamientos.

4.2.1 Eficacia terapia espejo.

En las 4 RS que investigan la eficacia de la TE (13,14,16,19) en el tratamiento del DMF se analizaron 24 ECA en total, en los cuales se comparó la TE con otras intervenciones.

La TE mostró un mayor alivio del DMF en comparación con EC al final del tratamiento en 14 de 24 ECA analizados en las RS (13,14,16,19). Sin embargo, esta disminución del dolor solo fue estadísticamente significativa en 5 ECA, a las 4 semanas, además, en el metaanálisis de Wang et al (16), la diferencia de medias estandarizada (DME) agrupada calculada a partir de los datos de 3 de los ECA mostró que las diferencias entre el grupo al que se aplicó TE y al que se le aplicó EC no fueron estadísticamente significativas para aliviar la intensidad del DMF en el grupo de TE ($-0,25$; IC del 95 % = $-0,73$ a $0,24$; $P = 0,32$; $I^2 = 14\%$; $n = 90$). Solo un ECA, incluido en 3 de las RS (13,16,19) comparó la TE con TENS. En este, el grupo de TE consiguió una mayor disminución de la intensidad del DMF, aunque la diferencia con el grupo TENS fue mínima y estadísticamente no significativa. VM se comparó con TE en 4 ECA (13,16,19), en todos se obtuvieron una mayor reducción del DMF estadísticamente significativa. El metaanálisis de Wang et al (16) también mostró que la DME agrupada obtenida a partir de los resultados de 4 de los ECA fue estadísticamente significativa entre los dos grupos para aliviar la intensidad de DMF en el grupo TE ($-1,47$; IC del 95 % = $-2,42$ a $-0,52$; $P = 0,002$; $I^2 = 82\%$; $n = 167$).

La EF y la ES también mostraron un menor efecto en el alivio del DMF al ser comparados con TE de manera estadísticamente significativa en 2 ECA (16). La ET se analizó como intervención adyuvante de la TE en un ECA (16), encontrando que en el grupo que aplicó TE+ET la disminución del DMF fue estadísticamente mayor que en el grupo donde solo se aplicó TE.

IM aparece en 2 ECA (13,19) como una intervención adyuvante a TE, siendo en un ECA comparadas la TE+IM y la TE aislada frente a tratamiento farmacológico y en otro ECA frente a un grupo control de pacientes amputados que no padecían DMF en el momento de la prueba. Como intervención adyuvante a TE tuvo resultados significativos en la disminución del DMF frente al grupo control en ambos ECA.

Además, el metaanálisis de Wang et al (16) analizó en conjunto los resultados de 9 ECA sobre la eficacia de la TE en comparación con ES, TENS, ET, EC y VM en 3 periodos de tiempos diferentes. Inmediatamente tras el tratamiento, tras un seguimiento a medio plazo (3 meses) y a largo plazo (6 meses). Inmediatamente tras el tratamiento, la DME agrupada de los 9 ECA mostró que las diferencias fueron estadísticamente significativas entre los grupos de comparación y los grupos TE para aliviar DMF ($-0,81$; IC del 95 % = $-1,36$ a $-0,25$; $P = 0,005$; $I^2 = 82\%$; $n = 372$). Al igual que, a medio y largo plazo, donde la DME agrupada fue calculada con los resultados obtenidos en 4 de los ECA.

La eficacia de la TE también fue evaluado en 2 EC no contralados (13), donde

en ambos se obtuvo una reducción del DMF al final de tratamiento con TE, 4 semanas, estadísticamente significativa.

También se analizaron 6 estudios prospectivos y 9 estudios de caso en la RS de Barbin et al (19). Todos obtuvieron resultados positivos en la disminución de la intensidad de DMF con la aplicación de TE, excepto en un estudio prospectivo.

4.2.2 Eficacia realidad virtual y realidad aumentada

En las 4 de las 5 RS que analizan RV como tratamiento para la disminución de DMF, se encontraron 5 ECA (13,15,20,22), de los cuales 1 fue sobre la modalidad RA, estando repetido este ECA en 3 de las 4 RS. En este ECA la RA se comparó con TE y un grupo control ES, obteniéndose una disminución de la intensidad del DMF en los tres grupos sin diferencias significativas entre ellos. En los ECA que evaluaron la RV (13,15), esta se comparó con un grupo control de EF, obteniéndose alivio de DMF tras el tratamiento con RV.

33 series de casos fueron analizadas en 3 de las RS (15,21,22) de las cuales 28 emplearon RV, todos estos últimos obtuvieron una disminución del DMF, excepto en uno en el que no observó alivio del DMF ni al final del tratamiento ni a los 3 meses tras este (15). Destacan 3 estudios en los que se aplica RV con y sin ET, obteniéndose resultados estadísticamente significativos en los que se alcanzó una reducción del dolor del 41% hasta el 86% en la escala SF-MPQ (15). Otros 3 estudios analizaron la eficacia de la RV con RA, observándose en los 3 disminución de DMF al final del tratamiento (22). Finalmente, en 2 de los estudios de caso, donde realizaron una intervención de RA y posteriormente una intervención de RV, también se obtuvo resultados significativos en la reducción de DMF, hasta un 32% según la escala NRS (15,22).

En los EC no controlados que se incluyeron en 2 RS (13,20), hubo reducción del dolor en 2 de los estudios analizados en la revisión de Herrador et al (13) que consiguió alcanzar una reducción del dolor de hasta 64% de media según la escala VAS (13). Por su parte, Eldaly et al (20) recogieron en sus resultados que en todos los estudios consiguieron reducción de DMF.

También fueron incluidos 2 reportes de caso en la revisión de Vassantachart et al (15), obteniéndose resultados positivos en el estudio que aplicó la RV como tratamiento, de hasta una reducción del 55% según la escala VAS en el DMF. En el otro reporte de caso en el que se evaluó la eficacia de la modalidad RA, también se obtuvieron resultados positivos en la disminución del DMF, donde los niveles de dolor disminuyeron gradualmente a lo largo del tratamiento, consiguiendo incluso hasta periodos libres de dolor.

En el metaanálisis de Chung -Wai et al (22) se analizaron los resultados de 13 estudios: 8 de intervenciones de RV ,4 seleccionados que evaluaban la eficacia de RA y uno que incluía las dos modalidades. Todas las intervenciones de RV disminuyeron significativamente los niveles de dolor, al menos 2 puntos en una escala de 10, obteniéndose una DSM agrupada de (-2,30, IC del 95 %, -3,38 a -1,22). Fue observada una heterogeneidad importante entre estudios, de tal forma que dependiendo de la modalidad de tratamiento (RV o RA) modificaría las reducciones de dolor significativamente, siendo (MD - 2.83, 95% CI, - 4.43 a - 1.22) de RV y (MD - 1.56, 95% CI, - 3.69 a 0.58) de RA.

5 Discusión-Conclusión

En la presente revisión bibliográfica se ha evaluado la eficacia de la TE y terapia con RV como tratamiento no farmacológico para pacientes amputados con DMF en 8 RS, 2 de ellas con Metaanálisis. La mayoría de estudios primarios de todas las RS sobre ambos tratamientos mostraron una mejoría del DMF, sin embargo, acorde a las escalas de calidad metodológica empleadas en cada RS, hubo falta de evidencia para el uso de TE y RV/RA en DMF, dicha limitación es debida a la heterogeneidad de estudios y abundancia de series y reporte de casos. Es por eso que en ninguna de las revisiones se recomiendan estos tipos de tratamiento como primera opción.

En relación con TE, la mayor parte de resultados fueron basados en ECA, comparando esta terapia con otras alternativas, y se observó que en la mayoría de casos la terapia reducía la intensidad de DMF, pero sin grandes diferencias con TENS, EC, MI; estas dos últimas dependen del estado psicológico del paciente para poder emplearlas, pudiendo alterar los resultados si se encuentran indicios de depresión o incluso puede influir la capacidad de imaginación para poder llevar a cabo este tipo de intervención y hacer una correcta comparación (19,22) La comparación con VM sí fue positiva para TE de manera significativa(16) al igual que en el empleo de TE en EC no controlados, donde el efecto es progresivo en el tiempo a lo largo de 4 semanas, obteniendo resultados positivos exponenciales (13).

Las RS sobre RV son más recientes, pero la mayoría basados en series de casos, por lo tanto, la calidad metodológica es menor. Los resultados generalmente indican que a pesar de la gran diversidad métodos de aplicación, estas terapias, la mayoría tiene efectos significativos sobre el DMF, destacando la variante inmersiva del tratamiento en la que el paciente se observa así mismo en otro escenario dentro de la simulación (15).

La RS con metaanálisis realizada por Chung-Wai et al (8) sobre la eficacia de la RV mostró que la RV reduce los niveles de DMF en los pacientes amputados, siendo inferior la reducción en la modalidad RA.

Todos los estudios analizados tienen limitaciones. Algunos no distinguían el sexo y edad de la muestra, por lo tanto, no hay una homogeneidad fiable para determinar si los tratamientos funcionan mejor en un sexo u otro, así como una especificación de la eficacia por edades. También existe un porcentaje alto de amputados sin especificar si se trata de amputación superior o inferior. Además, los protocolos empleados en cada estudio eran muy diferentes, así como la posición del paciente durante el tratamiento, el tiempo transcurrido tras la amputación hasta la primera sesión, variando desde días hasta años, o la duración de cada intervención, variando desde 1 sesión única a varias semanas de tratamiento, con distintos tiempos desde 5 minutos a 2 horas por sesión.

5.1 Limitaciones

Por último, para la realización de esta revisión bibliográfica ha habido ciertas limitaciones. Ha sido llevada a cabo por una sola persona. El tema escogido cuenta con pocas RS y metaanálisis, con estudios primarios de poca calidad metodológica y muy heterogéneos entre sí, dificultando la obtención y agrupación de resultados. La búsqueda fue realizada en inglés y español, pudiendo quedar otros artículos fuera. Además, sólo se pudo acceder a artículos de libre acceso gratuito.

A modo de conclusión, TE y el tratamiento con RV, aunque en general muestran una disminución del DMF, no cuentan con evidencia suficiente y de calidad para poder ser empleadas en la práctica clínica. Se debería investigar más sobre los tratamientos no farmacológicos en amputados, homogeneizar los protocolos empleados en cada tratamiento, así como las características de la muestra y además se deberían emplear muestras mayores para resultados más fiables. Son terapias prometedoras y de bajo coste que con un buen uso podrían convertirse en una elección de tratamiento en amputados con DMF.

6 Bibliografía

1. Aguilar-Kuk E. A, Magaña-García I, Huerta-Espinosa G, Hernández-De La Cruz M, , Avalos-Díaz C. Características clínico-epidemiológicas de las amputaciones traumáticas en el Hospital de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez” durante el periodo enero del 2012 a diciembre del 2013. Salud en Tabasco [Internet]. 2014;20(3):84-93.

2. Sánchez, E. V. V. Los amputados y su rehabilitación. Un reto para el Estado. Academia Nacional de Medicina. Mexico; 2016.
3. Srivastava D. Chronic post-amputation pain: Peri-operative management – review. *British Journal of Pain*. 2017;11(4):192–202. doi:10.1177/2049463717736492.
4. Zambudio Periago, R. Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. Barcelona: Editorial Elsevier Masson; 2009.
5. Talaya-Navarro Emma, Tarraga-Marcos Loreto, Madrona-Marcos Fatima, Romero-de Avila JM, Tárraga-López Pedro Juan. Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. *JONNPR* [Internet]. 2022 Jun [citado 2023 Mayo 18] ; 7(2): 235-265. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2022000200005&lng=es. Epub 01-Ago-2022. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4450>
6. Sousa Ramos DS. Estudio de las amputaciones de miembros inferiores secundarios a la diabetes mellitus en España. 2021 [citado 10 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23669>.
7. Olarra J., Longarela A.. Sensación de miembro fantasma y dolor de miembro residual tras 50 años de la amputación. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2007 Ago [citado 2023 Mayo 18] ; 14(6): 428-431. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000600005&lng=es.
8. Hsu, E., & Cohen, S. P. (2013). Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Journal of pain research*, 6, 121-136.
9. Malavera Angarita MA, Carrillo Villa S, Gomezese Ribero OF, García RG, Silva Sieger FA. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2014;42(1):40–6. doi:10.1016/j.rca.2013.09.012
10. Schley MT, Wilms P, Toepfner S, Schaller H-P, Schmelz M, Konrad CJ, et al. Painful and nonpainful Phantom and Stump Sensations in acute traumatic amputees. *Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care*. 2008;65(4):858–64. doi:10.1097/ta.0b013e31812eed9e
11. Subedi B, Grossberg GT. Phantom limb pain: Mechanisms and treatment approaches. *Pain Research and Treatment*. 2011;2011:1–8. doi:10.1155/2011/864605
12. Hanyu-Deutmeyer AA, Cascella M, Varacallo M. Phantom Limb Pain. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448188/>
13. Herrador Colmenero L, Perez Marmol JM, Martí-García C, Querol Zaldivar M de, Tapia Haro RM, Castro Sánchez AM, et al. Effectiveness of mirror therapy, motor imagery, and virtual feedback on Phantom Limb Pain following amputation. *Prosthetics & Orthotics International*. 2018;42(3):288–98. doi:10.1177/0309364617740230

14. Guémann M, Olié E, Raquin L, Courtet P, Risch N. Effect of mirror therapy in the treatment of Phantom Limb Pain in amputees: A systematic review of randomized placebo-controlled trials does not find any evidence of efficacy. *European Journal of Pain*. 2022;27(1):3–13. doi:10.1002/ejp.2035
15. Vassantachart AY, Yeo E, Chau B. Virtual and augmented reality-based treatments for Phantom limb pain: A systematic review [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2022 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9776775/>
16. Wang F, Zhang R, Zhang J, Li D, Wang Y, Yang Y-H, et al. Effects of mirror therapy on Phantom Limb Sensation and phantom limb pain in amputees: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*. 2021;35(12):1710–21. doi:10.1177/02692155211027332
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 1 de septiembre de 2021;74(9):790–9. <https://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>
18. Labry AO, Mendoza O, Mena A. Más allá de las revisiones sistemáticas. *Bol Psicoevid*. 2016;44:2254–4046.
19. Barbin J, Seetha V, Casillas JM, Paysant J, Pérennou D. The effects of mirror therapy on pain and motor control of Phantom Limb in amputees: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2016;59(4):270–5. doi:10.1016/j.rehab.2016.04.001
20. Eldaly AS, Avila FR, Torres-Guzman RA, Maita KC, Garcia JP, Serrano LP, et al. Virtual and augmented reality in management of Phantom Limb Pain: A Systematic Review. *HAND*. 2022;155894472211300. doi:10.1177/15589447221130093
21. Wong KP, Tse MM, Qin J. Effectiveness of virtual reality-based interventions for managing chronic pain on pain reduction, anxiety, depression and mood: A systematic review. *Healthcare*. 2022;10(10):2047. doi:10.3390/healthcare10102047
22. Cheung JC-W, Cheung DS, Ni M, Chen K-W, Mao Y-J, Feng L, et al. X-reality for Phantom Limb Management for amputees: A systematic review and meta-analysis. *Engineered Regeneration*. 2023;4(2):134–51. doi:10.1016/j.engreg.2023.02.002

Capítulo 14

RECOGIDA E INTERPRETACIÓN DE DIFERENTES TIPOS DE MUESTRAS

VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los distintos tipos de muestras de laboratorio ayudan a realizar un diagnóstico precoz y correcto. Es importante distinguir entre las que se hacen de manera urgente, y las de prioridad normal, ya que de algunas de ellas puede depender la recuperación total del paciente o el grado de urgencia del tratamiento.

En este capítulo hablaremos de los distintos tipos de muestras:

- Sanguínea: puede ser capilar, venosa o arterial. En este grupo incluiremos también los hemocultivos, de los que hablaremos más adelante.
- Orina: elemental, recogida de orina de 24 horas y urocultivo.
- Heces: coprocultivo, muestra para parásitos y sangre oculta en heces.
- Líquido cefalorraquídeo.
- Esputo.

Tan importante es en análisis de las muestras como la calidad de la misma, en muchas ocasiones los profesionales se ven en la obligación de repetir la muestra, ya sea por contaminación de la misma, cantidad insuficiente, error en la técnica aplicada o problemas en el laboratorio.

Es importante señalar el papel de laboratorio de hematología, puesto que es uno de los más importantes, por ser clave en el diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades. Aquí se lleva a cabo el estudio de lo que llamamos la serie roja, blanca, plaquetas y factores de coagulación.

Cabe destacar también, el plantearnos la necesidad y pertinencia de las pruebas a realizar al paciente, no sólo por las molestias que esto le pueda ocasionar, sino

también por el coste sanitario que generan, por lo que siempre debemos preguntarnos por qué se solicita ese tipo de prueba, si es la mejor para la situación del paciente, que esperamos encontrar de cara al resultado, y si esto afectará o no al diagnóstico.

2 Objetivos

- Diferenciar entre los distintos tipos de pruebas más habituales realizadas tanto en Atención Primaria como en Especializada.
- Reconocer y saber distinguir entre los diferentes tipos de muestras.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica y una búsqueda de libros y artículos sobre la literatura científica existente. También se han consultado artículos y revistas en las principales bases de datos como Medline o Pubmed.

4 Resultados

Entre los tipos de muestras, las más comunes y realizadas son:

- Obtención de sangre, que puede ser:
 1. Capilar: también llamada periférica. Se obtiene normalmente de la yema del dedo o del lóbulo de la oreja. Muy utilizada para medir la glucosa en sangre.
 2. Venosa: se punzan las venas del codo (basílica, cefálica o mediana cubital). Es importante la limpieza de la zona antes de extraer la muestra, se trata de una técnica poco invasiva.
 3. Arterial: más dolorosa que las anteriores. Se utiliza para interpretar y tratar síntomas respiratorios graves. Hay que enviar la muestra tan pronto como se pueda (máximo de 15 minutos tras su extracción) y se debe aplicar presión en la zona de punción al menos durante cinco minutos porque pueden ser muy sangrantes al tratarse de una arteria en lugar de una vena. La arteria más utilizada suele ser la radial.
 4. Hemocultivos: los incluimos en este apartado porque es una muestra sanguínea, que se extrae por punción venosa, se utilizan para conocer el tipo de germen en sangre ante una infección conocida y así poder aplicar el mejor

tratamiento. Esta técnica debe realizarse de forma estéril y normalmente se extraen de dos a tres botes de hemocultivos, separados entre ellos por cada punción de 30 minutos.

- Muestra de orina: se usa para el diagnóstico de enfermedades del tracto urinario y renales. Se obtiene fácilmente y los resultados son rápidos.

Se puede hacer una recogida única, en ocasiones, dependiendo de lo que queramos analizar, esta muestra deberá recogerse de forma estéril, y en otras no es preciso, por ejemplo, si se buscan signos de infección.

La recogida de orina de 24 horas se utiliza para saber la cantidad de orina eliminada por el paciente en este periodo de tiempo y con fines diagnósticos, sobre todo para conocer la función renal. Si el paciente tiene dificultades para orinar, se puede recoger también a través de un sondaje vesical.

En el urocultivo se utiliza para conocer las bacterias en orina por análisis del sedimento urinario.

- Muestra de heces: el más común y utilizado es el coprocultivo, sobre todo en procesos infecciosos como la gastroenteritis. También se puede realizar para detectar parásitos y sangre oculta en heces.

- Muestra de líquido cefalorraquídeo: se debe realizar una punción lumbar para poder obtenerlo. Se utiliza para buscar infecciones, tumores o sangrado. Debe realizarse de forma estéril y por un médico con experiencia.

- Muestra de esputo: se recoge cuando el paciente tose, ya que es una secreción que tiene su origen en los bronquios o los pulmones. Sirve para buscar infecciones pulmonares. Se indica cuando el tipo de secreción es sanguinolento o purulento.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver a lo largo de este capítulo, la recogida de muestras es de una gran importancia tanto para el diagnóstico como el tratamiento de multitud de procesos. La mayoría de ellos obtienen sus resultados de manera rápida y eficaz, y tienen un papel muy importante, ya que algunos de ellos requieren de una atención urgente al paciente, lo que puede salvarles la vida.

Hay que recalcar también que la recogida de muestras debe realizarse de forma eficaz, ya que de no ser así, podría conllevar un retraso en el diagnóstico, molestar de nuevo al paciente o retrasar el tratamiento. De ahí su gran importancia. Además, decir también la relevancia en la mejora paulatina de la forma de recoger las muestras, tanto humana como tecnológica, y en la capacidad de los laboratorios de analizarlas.

6 Bibliografía

- Blanco Echevarría A, Cea Calvo M, García Gil ME, Menassa A. Moreno Cuerda VJ. Muñoz Delgado G. et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 8ed. Madrid: Merck Sharp y Dhome: 2017. p.1125-51.
- Quesada Moya A. García Arroyo A. Gil Agenjo M. Tablas y datos de laboratorio. En: López Ortega J, Morales Asencio JM, Quesada Moya A. Cuidados al paciente crítico Adulto. Vol. II. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE): 2007.

Capítulo 15

EMBARAZO GEMELAR

MONICA VIDAL ARENAS

MARIA GARCIA GONZALEZ

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento en el número de embarazos gemelares, debido principalmente a las técnicas de reproducción asistida (El 67% de las gestaciones gemelares provienen de estas técnicas de reproducción asistida) y al aumento de la edad materna (A partir de los 35 años aumenta la producción de FSH y este aumento conlleva un aumento en las posibilidades de tener gemelos; así el riesgo se multiplica por cuatro) (1,2,3,4).

Existen otras causas que producen el aumento de embarazos gemelares:

- Antecedentes familiares: Cuando la madre biológica tiene gemelos en su historia familiar, existe riesgo que tenga un embarazo de similares características (2).
- Altura y peso: Las mujeres con IMC mayor a 30Kg/m² y con una talla superior a 1,64 m tienen más posibilidades de tener embarazos gemelares en comparación con las otras mujeres que no cumplen estas características. (2).
- Raza: Existe una mayor incidencia en mujeres de raza negra africana seguidas de las caucásicas (2).

Por otro lado, la frecuencia de embarazos gemelares ha ido aumentando en un 52% desde 1980 (4).

Alrededor de 1 de cada 100 embarazos son gemelares (1) y su frecuencia ha ido aumentando dramáticamente en las últimas décadas, pasando a 1 de cada 70 nacidos vivos (3).

Esta revisión bibliográfica nos proporciona una visión global que nos permite entender de forma integral los embarazos gemelares en la actualidad, su clasificación, diagnóstico, características principales y manejo óptimo.

2 Objetivos

- Determinar las principales características y clasificación de los embarazos gemelares.
- Proporcionar herramientas eficaces para garantizar un buen diagnóstico del embarazo gemelar
- Clarificar las pautas y recomendaciones para el manejo óptimo del embarazo gemelar

3 Metodología

Se ha realizado una revisión Bibliográfica con un periodo de búsqueda comprendido entre: 2009-2022, dando preferencia a los artículos en inglés y en castellano. La búsqueda bibliográfica está basada en artículos y revistas científicas buscados en páginas como: Pubmed, Cochrane, Google Scholar, Elsevier, Scielo.

La información también ha sido recopilada de libros médicos de Ginecología y Obstetricia correspondiente al apartado de embarazos múltiples.

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas, con las palabras claves establecidas y los operadores booleanos “AND” y “OR”, 23 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 12 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

4 Resultados

Tras realizar la búsqueda bibliográfica, hemos obtenido los siguientes resultados:

1. Clasificación:

Los embarazos gemelares se pueden clasificar en función de:

CIGOSIDAD:

- Dicigótico: Se produce la fecundación de dos óvulos por dos espermatozoides, posteriormente las células se dividirán y darán lugar a dos hermanos que son genéticamente distintos. (2,5)

Son los más frecuentes ya que ocurren en el 53% de los casos (5).

- Monocigótico: Se caracterizan porque se produce la fecundación de un solo óvulo por un solo espermatozoide, posteriormente las células se dividirán y darán lugar a dos gemelos que son totalmente idénticos, tanto fisiológicamente como morfológicamente. (2,5).

CORIONICIDAD: Número de placentas.

- Monocorial: Presenta una sola placenta.
- Bicorial: Presenta dos placentas.

AMNIOCIDAD: Número de sacos amnióticos.

- Monoamniótico: Presenta un saco amniótico
- Biamniótico: Presenta dos sacos amnióticos.

Embarazos bicoriales-biamnióticos: Si la división del cigoto ocurre a las 72h de la fecundación, todavía no se ha formado la masa celular interna que contiene las células que darán lugar al corión, de esta manera se forman dos embriones con dos sacos amnióticos y con sus dos placentas correspondientes (1,2,5). Ocurre en el 28% de los casos de embarazos monocigóticos (5).

Embarazos monocoriales: El embarazo gemelar monocorial se presenta en uno de cada 250 embarazos y representa cerca del 20% de los gemelares y el 70% de los monocigóticos (6). Son los embarazos que conllevan más riesgos, existe una mortalidad perinatal 2 veces mayor que la de los bicoriales y 4 veces mayor que la de los embarazos únicos, es decir uno de cada 3 monocoriales van a tener alguna complicación durante el embarazo (6).

- Biamnióticos: Si la división del cigoto ocurre entre los 3 y los 8 días tras la fecundación, se desarrollará una sola placenta y dos sacos amnióticos porque la masa celular interna que dará lugar al corion se habrá diferenciado, mientras que las células que darán lugar al amnios se encuentran indiferenciadas (1,2,5).
- Monoamnióticos: Si la división del cigoto ocurre entre los días 8 y 13 tras la fecundación, se desarrollarán dos embriones con un solo corión; de manera que compartirán la placenta y el saco amniótico (1,2,5)

Existe una prevalencia de embarazos monoamnióticos de 1 entre 5000 embarazos (8). Este tipo de embarazo es el menos común, ocurre en menos del 5% de los embarazos monocigóticos, aproximadamente 1%, y alberga la mayor tasa de mortalidad fetal (7,9)

La mortalidad perinatal representa un alto rango: entre un 8%-42% en estos embarazos monoamnióticos. Esta mortalidad es debida a múltiples causas, pero principalmente destacamos el entrecruzamiento de cordones (8,10).

- Siameses: Cuando la división del cigoto ocurre a partir del día 13 de la fecundación se forman los gemelos siameses que se caracterizan porque los fetos están

fusionados. Al compartir las estructuras vitales, la mortalidad de uno de los fetos es del 100% (1)

2. Diagnóstico en embarazos gemelares:

El diagnóstico precoz de la gestación gemelar es muy importante para minimizar los posibles riesgos asociados (6). De esta manera tendremos en cuenta distintos parámetros para llegar a un diagnóstico preciso:

- Parámetros clínicos:

A. Signos de sospecha precoces: Síntomas de hiperemesis intensas.

B. Signos de sospecha tardíos: Tamaño uterino mayor al esperado a la edad gestacional junto a la presencia de más de un latido cardíaco, palpación con las maniobras de Leopold de más de un polo cefálico y de múltiples partes fetales.

- Parámetros de laboratorio:

A. Hormona gonadotropina coriónica (HGC): En el primer y segundo trimestre, los niveles de HCG aumentan el doble en los embarazos gemelares, en comparación con un embarazo simple.

B. Lactógeno placentario: El nivel de esta hormona se encuentra aumentado en comparación a los embarazos de feto único.

- Pruebas diagnósticas:

A. Ecografía: La ecografía es el método más seguro y preciso para el diagnóstico de embarazo gemelar el cual utiliza el ultrasonido para crear imágenes bidimensionales y tridimensionales. A partir de la quinta semana gestacional podemos detectar los sacos gestacionales y a partir de la sexta semana detectamos la actividad cardíaca gracias a la ecografía doppler (2). A partir de la octava semana gestacional podemos establecer la amniocidad (monoamniótico o biamniótico).

B. Amniocentesis o coriocentesis: Una vez extraídas las muestras determinaremos la cigosidad en gemelos del mismo sexo y también detectaremos las posibles alteraciones genéticas (2).

2.1 Clasificación temprana de la corionicidad:

Es muy importante incidir en la importancia de una clasificación temprana de la corionicidad mediante la ecografía, para favorecer el pronóstico de un embarazo gemelar:

En caso de que exista un anillo coriónico alrededor de los embriones es sinónimo de que se trata de una gestación monocorial y en la ecografía se detecta con la presencia del signo T, el cual representa la unión directa de dos membranas amnióticas sin interposición de corión (1, 11).

Se establece que es una gestación monocorial biamniótica si existen dos sacos amnióticos y una única placenta compartida. Por otro lado, si observamos una

única placenta compartida y un único saco amniótico se trata de una gestación monocorial monoamniótica (1, 11).

La gestación bicorial se caracteriza principalmente porque cada feto tiene su propia placenta y su propio saco amniótico. Mediante la ecografía lo podemos detectar con la presencia del signo lambda (corresponde con la presencia de dos membranas amnióticas y dos membranas coriales) (1, 11).

Este diagnóstico debe realizarse antes de la semana 15 de gestación. El momento ideal para establecer la corionicidad de un embarazo gemelar, sería entre las 11 y 14 semanas gestacionales (2,6).

En caso de que no se pueda definir la corionicidad, si los fetos son de diferentes sexos, se trata de un embarazo bicigótico, por lo tanto, bicorial, pero en el caso de que tengan el mismo sexo, se recomienda clasificar el embarazo como embarazo monocigótico- monocorial para así poder asegurar un control adecuado y evitar las posibles complicaciones asociadas a embarazos monocoriales (11).

Finalmente destacamos el seguimiento continuo y estricto del embarazo, para evitar así las posibles complicaciones y en caso de que se produzcan, abordarlas de forma precoz (6).

3. Características placentarias:

- Placenta bicoriónica:

En este caso, encontramos dos fetos con sus dos placentas correspondientes. Así cuando los dos discos placentarios se implantan muy cerca el uno del otro, se denominan: Placentas dicoriónicas-diamnióticas fusionadas. Este tipo de placentas pueden ocasionar restricciones del crecimiento intrauterino de uno de los gemelos e inserciones marginales y velamentosas de cordón umbilical debido principalmente a la competencia del espacio. Por otro lado, cuando los discos placentarios se encuentran separados, se denominan: Placentas dicoriónicas-diamnióticas separadas. Este tipo de placentas se caracterizan por ocasionar de manera mínima complicaciones obstétricas y suelen llegar mayormente a término. (7)

- Placenta monocoriónica:

A. Presencia de anastomosis vasculares:

La característica fundamental de la placenta en estos embarazos es la presencia de anastomosis vasculares placentarias ya que los fetos comparten la misma placenta. El 90% de las placentas monocoriónicas tienen éstas anastomosis, en cambio el 10% carece de éstas características placentarias. Estas circulaciones permiten el flujo sanguíneo entre los gemelos (5).

Las anastomosis pueden ser superficiales y profundas: Las anastomosis superficiales pueden ser: arterio-arteriales (AA) que conectan una arteria con otra arteria, veno-venosa (VV) que conectan una vena con otra. Se caracterizan por

ser bidireccionales o reversibles. Las más frecuentes son las anastomosis arterio-arteriales (AA) donde ocurre con más facilidad el intercambio de sangre entre los gemelos, por otro lado, las anastomosis veno-venosas (VV) son las menos frecuentes y tienen peor pronóstico (6,11). Por otro lado, Las anastomosis profundas son las arterio-venosas (AV) que unen una arteria a una vena y venosas-arteriales (VA) que unen una vena con una arteria. Se caracterizan por ser unidireccionales (6,11).

Estas anastomosis pueden tener diferentes comunicaciones: Balanceadas o desbalanceadas:

Las balanceadas se caracterizan por tener una circulación adecuada, se da por ejemplo en el caso de las anastomosis (AA) o (VV) donde la comunicación arteriovenosa es compensada con una comunicación venosa-arterial de forma recíproca. Esta compensación es realizada gracias a las anastomosis (AA) y (VV) que actúan como válvulas de seguridad compensando el flujo de sangre entre los gemelos (5).

En las desbalanceadas, por ejemplo, un cotiledón recibe sangre arterial de un gemelo y seguidamente entrega su drenaje venoso al otro gemelo en un flujo unidireccional, creando así un desbalance hemodinámico. Aunque los vasos sean superficiales, siempre es profunda la conexión anastomótica donde se produce el intercambio de sangre (5).

La presencia de varias anastomosis (AV) no compensadas por las anastomosis superficiales protectoras (VV) o (AA), provocan un desequilibrio hemodinámico con una transfusión unidireccional y crónica con un pronóstico muy grave (5).

B. Repartición desigual de la placenta:

La estructura de la placenta monocoriónica está programada genéticamente para funcionar como una única placenta, de manera que esto es un error fisiológico ya que no existe separación circulatoria. Esta situación provoca que los campos vasculares venosos y arteriales de cada gemelo sean de diferentes tamaños, Así se produce una repartición desigual generando discordancia del crecimiento (5).

C. Inserción variable del cordón umbilical:

- Inserción central: El cordón umbilical se inserta en el centro de la placenta (5).
- Inserción excéntrica: El cordón se inserta de forma excéntrica (5).
- Inserción Marginal: El cordón se inserta en la zona marginal de la placenta (5).

Las anomalías principales del cordón umbilical:

- Inserción velamentosa: Es más frecuente en embarazos múltiples en comparación con los embarazos únicos y aumenta a un 22% en embarazos monocoriónicos (5). Se trata de un defecto anatómico en el cual los vasos sanguíneos no están contenidos en el cordón umbilical por lo que atraviesan libremente las membranas

ovulares (corion y amnios) hasta que llegan a la placenta.

- Vasa previa: Si la inserción velamentosa se sitúa por delante de la presentación fetal, se denomina vasa previa.

4. Manejo óptimo:

Las recomendaciones están basadas en: NICE. National Institute for health and care excellence guideline (12).

- Determinar la edad gestacional y la corionicidad: Mediante el control ecográfico.
- Cuidados generales: Basados en proporcionar a la mujer una serie de consejos y recomendaciones sobre la nutrición y el estilo de vida.
- Cuidados especializados: El cuidado clínico para las mujeres con embarazos gemelares debe ser proporcionado por un equipo multidisciplinar. Así es muy importante coordinar la atención clínica en mujeres con embarazos gemelares para minimizar el número de visitas al hospital y proporcionar una atención clínica continuada
- Monitorización en caso de complicaciones fetales: En el síndrome de transfusión fetal-fetal la monitorización se inicia a partir de las 16 semanas. El monitoreo se repite cada 15 días hasta las 24 semanas.
- Momento del parto: Si no existen complicaciones en embarazos gemelares monocoriales, se da el nacimiento electivo a las 36 semanas gestacionales y en los embarazos gemelares bicoriales se da el nacimiento electivo a las 37 semanas.

4.1 Cuidados de enfermería en embarazos gemelares:

CUIDADOS PRENATALES:

- Realizar un control de la dieta, la tensión arterial y peso (2).
- Se debe intentar prolongar el embarazo todo lo posible para evitar que se produzca antes de las 35 semanas (2).
- Es muy recomendable varias horas de reposo en cama para facilitar así la reabsorción de edemas y mejorar la circulación útero placentaria (2).
- Se deben realizar exploraciones ecográficas mediante ultrasonografía exhaustivas para controlar el estado fetal y las posibles complicaciones (2).

ATENCIÓN Y DIRECCIÓN DEL PARTO:

La vía del parto en embarazos gemelares está determinada por las semanas de gestación: Entre las semanas 27 y 34, hay una tendencia por la cesárea, aunque ambas presentaciones sean cefálicas (2). Una vez sobrepasada las 34 semanas se recomienda un parto vaginal, siempre y cuando las presentaciones y las condiciones lo permitan (2).

VIGILANCIA POSTPARTO Y ATENCIÓN PUERPERAL:

- Observar la integridad y el número de las placentas (2).
- Después del alumbramiento, se debe procurar una buena contracción uterina, con oxitocina y masajes uterinos (2).
- Se recomienda una movilización precoz (2).
- Hay que prestar mucha atención a las posibles infecciones, reabsorción de edemas y aparición de tromboflebitis (2).
- Hay que tener en cuenta que la involución puerperal suele ser más lenta y complicada (2).

5 Discusión-Conclusión

Actualmente se ha producido un incremento en el número de embarazos gemelares, los cuales son causados principalmente por las técnicas de reproducción asistida y el aumento de la edad materna.

Los embarazos gemelares generan mayores complicaciones fetales y maternas en comparación con los embarazos únicos. Por este motivo es muy importante un diagnóstico precoz y un seguimiento estricto del embarazo para solventar las posibles complicaciones.

En esta revisión bibliográfica, destacamos la labor de Enfermería para solventar dichas complicaciones, destacando sobre todo unas buenas pautas específicas de actuación, el diagnóstico precoz de la corionicidad y de la amniocidad y el seguimiento estricto del embarazo, analizando minuciosamente el estado materno y fetal.

Concluimos, afirmando que hoy en día, gracias a los avances de nuevas técnicas terapéuticas y profilácticas y a los controles exhaustivos que se practican de forma reiterada, podemos mejorar la evolución y el pronóstico de los embarazos gemelares.

6 Bibliografía

1. Rencoret, P. Gustavo (2014). Embarazo gemelar. Revista Médica Clínica Las Condes, 25(6), 964–969.
2. Navarro Bernal, Francisco José. Barrosos Casamitjana, Almudena. Peralta Dominguez, Ana María. (2015) Cuidados de la matrona en el parto gemelar; A propósito de un caso, Care of the midwife in twin birth, A case report. Revista científica: Hygia de Enfermería. 89, 5-9.

3. Valenzuela, P. Becker, J. & Carvajal, J. (2009). Pautas De Manejo Clínico De Embarazos Gemelares. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 74(1), 52–68.
4. García-Ruiz, R. Rodríguez-Martínez, J. A., Ortiz Ruiz, M. E., & Matute Labrador, Á.
(2010). Embarazo múltiple: Incidencia, morbilidad y manejo en el Centro Médico ABC. *Anales Médicos*, 55(3), 122–126.
5. Hasbun, H. Jorge. Complicaciones del embarazo gemelar. Capítulo 18 obstetricia, 363-379. Visualizado en: <https://goo.gl/DwbKSX>.
6. Ortiz, J. U., Martínez, J. M., Eixarch, E., Crispí, F., Puerto, B., & Gratacós, E.
(2012). Complicaciones del embarazo gemelar monocorial: claves para el diagnóstico y tratamiento. *Diagnóstico Prenatal*, 2(33), 93–101.
7. Hack, K. E. A., van Gemert, M. J. C., Lopriore, E., Schaap, A. H. P., Eggink, A. J., Elias, S. G., ... Nikkels, P. G. J. (2009). Placental Characteristics of Monoamniotic Twin Pregnancies in Relation to Perinatal Outcome. *Placenta*, 30(1), 62–65.
8. Jo, Y. S., Son, H. J., Jang, D. G., Kim, N., & Lee, G. (2011). Monoamniotic twins with one fetal anencephaly and cord entanglement diagnosed with three-dimensional ultrasound at 14 weeks of gestation. *International Journal of Medical Sciences*, 8(7), 573–576.
9. Hack, K. E., Derks, J. B., Schaap, A. H., Lopriore, E., Elias, S. G., Arabin, B., ... Visser, G. H. (2009). Perinatal outcome of monoamniotic twin pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 113(2 Pt 1), 353–360.
10. Paredes Ros, B., Magdaleno Dans, F., Sancha Naranjo, M., González Arlanzón, M., & González González, A. (2011). Entrecruzamiento de cordones en la gestación gemelar monocorial monoamniótica. *Progresos de Obstetricia Y Ginecología*, 54(3), 136–139.
11. Velasco-Herrero, Marco. Pérez-Borbón, Guadalupe. Benavides-Serralde, Jesús Andrés. López-Carmona, Rocío. Hernández-Andrade, Edgar. (2010) Evaluación y conducta clínica ante el embarazo gemelar monocorial complicado. *Perinatología y reproducción humana*, 24(4), 248–256.

12. NICE: national institute for health and care excellence. (2011). Multiple pregnancy: antenatal care and triplet pregnancies. NICE. Manchester.

Capítulo 16

LA DESHUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS SERVICIOS ESPECIALES

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio donde se dan momentos de real angustia y desesperación en los pacientes y sobre todo en los familiares, ya que las personas enfermas se encuentran en estado crítico.

Hablamos de humanización a la asistencia que ofrece el personal sanitario para cuidar al paciente, potenciar la comunicación e incluir a los familiares en la participación de estos cuidados, todo ello tan importante para hacer que la estancia en este servicio de personas que se encuentran en estado crítico sea lo menos trágica posible.

Este estudio se basa en la calidad de los cuidados que se realiza en este servicio tan especial, ya que se deben realizar cuidados muy complejos e indagar en la deshumanización que ofrece el personal sanitario.

La deshumanización en los servicios especiales como la UCI se da mucho más de lo que se debería, y en este estudio se ha visto que la humanización no necesita de

recursos económicos, sino que se deben priorizar el tener el suficiente personal sanitario en el servicio para que no haya una sobrecarga de trabajo, que tengan recursos necesarios y personal con una formación lo suficientemente buena y de calidad para ofrecer una atención humanizada.

2 Objetivos

Investigar sobre los cuidados humanizados esenciales para ofrecer tanto a los pacientes como a sus familiares una asistencia de calidad en los servicios de cuidados intensivos.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos de calidad científicas como: Pubmed, CuidenPlus, Lilacs, Cochrane y Scielo, y utilizando unos criterios de inclusión y exclusión para obtener los artículos que más nos interesan.

Los criterios de inclusión utilizados fueron principalmente artículos de acceso abierto y de texto completo. Los artículos se seleccionaron aplicando una serie de filtros como Artículos en español e inglés, artículos publicados en los últimos 6 años.

Se excluyeron todos aquellos estudios que fueron publicados antes de 2017, aquellos a los que no se pudo acceder al texto completo y los que no estaban relacionados con el tema del presente estudio.

Se ha utilizado el marcador booleano AND para incluir en la búsqueda todos los términos que se quieren incluir. No se han utilizado los marcadores booleanos OR Y NOT. Para encontrar artículos de interés que se ajuste a los objetivos planteados, se utilizaron palabras clave junto con el marcador booleano AND.

4 Resultados

Tras realizar la lectura de todos los documentos y escoger los de más interés, se vieron una serie de aspectos a tener en cuenta que resumen como es la situación en este servicio especial, la sobrecarga de trabajo que tiene el personal de enfermería, las habilidades que deben de tener a la hora de la comunicación no solo con los pacientes sino también con sus familiares.

La unidad de cuidados intensivos es un servicio donde debe prevalecer el trato más humano posible a través de habilidades que se deben de tener para poder

realizar unos cuidados óptimos como tener un acercamiento cercano con gestos, miradas, empatía y un cuidado holístico para así crear una seguridad y cercanía. Por otro lado, en esta unidad hay muchos aparatos modernos y complejos que se encargan de mantener vivo al paciente y en ocasiones cuesta saber el correcto funcionamiento de estos, dejando de lado muchos otros aspectos humanos.

Varios artículos hablan del agotamiento que produce sobre todo trabajar en servicios especiales, ya que aquí hay muchos factores estresantes donde predomina la angustia moral que se refiere a un desequilibrio psicológico al ver la falta de tiempo que dispone el personal sanitario, los pocos recursos que se tienen, la renuncia de los supervisores por lo que las enfermeras no son capaces de actuar moralmente porque no tienen los recursos suficientes.

Los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos son personas que presentan mucho dolor, se desorienta fácilmente y sienten una soledad profunda, sintiendo así que no poseen el control de sus vidas. Para evitar estos precedentes, el objetivo que se quiere conseguir en este tipo de unidades es evitar que pasen estas cosas en la medida de lo posible.

Otro aspecto que mencionar son las habilidades de comunicación, que las enfermeras en su práctica clínica deben saber hacerlo de la manera más eficaz posible, consiguiendo con esto una participación activa por parte de los pacientes y sus familiares para una pronta recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Tras este estudio se ha visto que el personal de enfermería es una parte muy importante en el proceso de humanización de los cuidados, ya que con esto se han visto beneficios en el paciente, en su evolución y también en sus familiares. La calidad de los cuidados que realiza la enfermera no se valora solo por los cuidados tecnológicos que se precisan, sino también por como perciben los familiares y el paciente los cuidados invisibles que se hacen. Estos cuidados se deben prestar más atención y darle el reconocimiento que se merecen.

Una vez realizado el análisis de estos documentos se ha visto que claramente se necesita trabajar en poner unas estrategias de mejora en la asistencia sanitaria, sobre todo en servicios como es la unidad de cuidados intensivos.

Estas estrategias se pueden ir implementando en realizar mejoras en el trabajo como evitar la sobrecarga de trabajo, ambiente saludable, mejora en los descansos o buena remuneración. Sin embargo, estas mejoras también se deben hacer a nivel interno del personal sanitario, a través de educación a estos profesionales para ayudar a desarrollar los recursos internos.

6 Bibliografía

1. Mayor MV. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Integr Rev científica del Col Of Enfermería Val* [Internet]. 2017;(116):33–2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126510&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6126510>
2. Oliveira NES, Oliveira LMAC, Lucchese R, Alvarenga GC, Brasil VV. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. *Rev Eletrônica Enferm.* 30 de junio de 2013;16 (3).
3. Española RA. Definición de humanizar - «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>.
4. Da Silva Ribeiro CAP, Trovo MM, Puggina AC. Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? *Enfermería Glob* [Internet]. 2017;16(4):453. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/257291>
5. Grado TF De. “Eficacia de una intervención enfermera en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una unidad quirúrgica” Autor: Adrià Castelló Tarruella Tutora: Montserrat Gea Sánchez Facultat d’ Infermeria i Fisioteràpia Grado en Enfermeria Trabaj. 2018;0–90.
6. Universidad Internacional de Valencia. Los distintos tipos de inteligencia emocional [Internet]. Universidad Internacional de Valencia. p. 4. Disponible en: <https://www.universidadviu.es/los-distintos-tipos-de-inteligencia-emocion>
7. Hermosín Alcalde A, Pereira Jiménez E, Calviño García I. Revista electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet]. Revista Médica Electrónica de Portales Médicos. PortalesMedicos.com; 2017 p. 6. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/inteligencia-emocional-cuidados-enfermeria/>
8. Bennett CR, Loomis JM, Klatzky RL, Giudice NA. Spatial updating of multiple targets: Comparison of younger and older adults. *Mem Cogn.* 2017;43(5):1240–51.
9. alencia-Herrejón E, Romera M, Silva J, Semicyuc G de T de A y sedación de la. Delirio en el paciente crítico. *Med Intensiva* [Internet]. 2008;32(Supl 1):77–91. disponible en: <http://www.medintensiva.org/index.php?p=watermark&idApp=WMIE&piItem=13116129&origen=medintensiva&web=medintensiva&urlApp=http://www.>

medintensiva.org/&estadoItem=S300&idiomaItem=es.

10. Guirardello E de B. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem*. 5 de junio de 2017;22(0):e2884.
11. Calle GH de la. Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿cómo humanizar la neurología? *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*; 2017.

Capítulo 17

PREECLAMPSIA: DEFINICIÓN, SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

ANA PILAR SALINAS ARMERO

1 Introducción

La preeclampsia es una enfermedad desarrollada durante el embarazo, definida como un aumento de los valores de tensión arterial sistólica (TAS) por encima de 140 mmHg y/o de los valores de tensión arterial diastólica (TAD) por encima de 90 mmHg, además de la aparición de proteinuria (>300 mg de proteínas en una muestra de orina de 24 horas). Suele generarse con más frecuencia a partir de la semana 20 de gestación, o hasta las 48 horas posteriores al parto, en gestantes con valores previos normales de tensión arterial.

Además, a la hora de realizar un diagnóstico de preeclampsia, se debe tener en cuenta también la aparición de alguno de los siguientes signos y síntomas de disfunción orgánica materna: alteraciones neurológicas; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; oliguria de menos de 500 ml en 24 horas.

Existen otros cuadros de hipertensión durante la gestación, que son importantes conocer. Por un lado, encontramos la eclampsia que es definida como la aparición de convulsiones asociadas a la preeclampsia. Estas convulsiones no están relacionadas con otros trastornos, como un accidente cerebrovascular o patologías infecciosas.

Mencionar también, el Síndrome de HELLP, forma grave de preeclampsia definida por parámetros analíticos: elevación de transaminasas+ trombocitopenia+ hemólisis.

A nivel epidemiológico, la preeclampsia supone un problema de salud pública como consecuencia de la gran influencia que tiene en la morbilidad materna y fetal. Los trastornos hipertensivos en el embarazo aparecen en aproximadamente un 10% de las gestantes a nivel mundial, y concretamente, en un 6-8% de las gestaciones en Europa.

Por otra parte, los factores de riesgo maternos en la preeclampsia se clasifican en dos grupos, según el nivel de riesgo:

- Riesgo elevado: trastornos hipertensivos gestacionales anteriores, patologías renales, DM, hipertensión arterial crónica.
- Riesgo moderado: primera gestación, edad de la gestante mayor a 40 años, antecedentes familiares de preeclampsia, gestación múltiple. (1)

2 Objetivos

1. Definir la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos gestacionales.
2. Conocer los factores de riesgo maternos que predisponen la aparición de preeclampsia.
3. Conocer los criterios diagnósticos de la preeclampsia.
4. Conocer el tratamiento farmacológico y no farmacológico de dicha patología.
5. Exponer la importancia del papel de enfermería durante todo el proceso.

3 Metodología

En la primera fase, de la elaboración de este trabajo, se ha establecido la estrategia de búsqueda del problema a tratar y, posteriormente, se ha obtenido información relevante, minuciosa y necesaria sobre el tema.

Para llevar a cabo dicha búsqueda, se han usado varias fuentes documentales. En primer lugar, se han consultado fuentes primarias como libros, artículos y revistas, destacando:

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
- Organización Mundial de la Salud (OMS).

Posteriormente, se han utilizado fuentes secundarias, de las que se han obtenido la mayor parte de la información, destacando las siguientes bases de datos: Google Académico y PubMed.

Respecto a los criterios de inclusión establecí los siguientes:

- Publicaciones cuyo idioma es español o inglés.

- Antigüedad de la publicación desde el año 2015 hasta la actualidad.

Por el contrario, los criterios de exclusión fijados fueron:

- Documentos en diferentes idiomas a los marcados en los criterios de inclusión.
- Documentos con una antigüedad de publicación anterior al año 2015.

La bibliografía está referenciada siguiendo las normas del estilo VANCOUVER.

4 Resultados

TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA.

Sin criterios de gravedad:

Medidas generales.

- El ingreso de la paciente no sería necesario si se consigue un control adecuado de las cifras tensionales de manera ambulatoria.
- El reposo relativo mejora la retención hídrica y la perfusión fetal, aunque no se ha evidenciado que mejore el pronóstico de la preeclampsia.
- Desarrollar una dieta normoproteica, normosódica y normocalórica.
- Analítica sanguínea semanal.
- Valorar el bienestar fetal mediante la realización de una ecografía.
- Control de la presión arterial al menos tres veces al día.

Asistencia al parto.

- Control de la TA cada hora.
- Restricción del aporte hídrico.
- Monitorización fetal.
- Anestesia epidural, pues estabiliza la HTA.

Con criterios de gravedad:

Medidas generales.

- Ingreso obligado.
- Reposo relativo.
- Dieta habitual.
- Control de constantes cada hora, en el caso en que se muestren cifras adecuadas, se pasará a un control cada 4-6 horas, priorizando el descanso nocturno.

- Diuresis horaria y balance hídrico cada 24 horas.
- Control de peso y sintomatología materna.
- Analítica sanguínea.
- Valorar el bienestar fetal, mediante ecografía y monitorización.
- Uso de corticoides para maduración fetal.
- Administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM) como profiláctico.
- Monitorización respiratoria.
- Fluidoterapia en función de la tolerancia de la gestante.

Finalización del embarazo.

En función de las semanas de gestación y del nivel de gravedad de la preeclampsia, se mantendrá una actitud u otra:

- >34 semanas con criterios de gravedad de preeclampsia hay que finalizar la gestación.
- <34 semanas se finaliza el embarazo si aparecen criterios de finalización inminente: a) Pródromos de eclampsia que no cesan con Sulfato de Magnesio (cefalea, dolor en hipocondrio derecho, alteraciones de la visión...). b) HTA grave que no cede con tratamiento. c) Fallo multiorgánico. d) Edema agudo de pulmón, hemorragia cerebral, eclampsia. e) Pérdida del bienestar fetal y desprendimiento de placenta.

Asistencia al parto.

- 1) Control durante el trabajo de parto: control materno; inducción con oxitocina o prostaglandinas; anestesia epidural, pues disminuye la tensión arterial; monitorización fetal; y administrar Sulfato de Magnesio durante las 24 horas posteriores al parto.
- 2) Control posparto: usar oxitocina para evitar hemorragias; control de tensión arterial, diuresis, O₂, frecuencia respiratoria (FR); analítica sanguínea a las 12 horas posparto; control del dolor; administrar heparina de bajo peso molecular como profiláctico; y tratamiento hipotensor durante el puerperio. (1) (2)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA GESTANTE CON PREECLAMPSIA.

Enfermería juega un papel fundamental en las gestantes con preeclampsia antes, durante y después del parto. Basándonos en el modelo NANDA- NOC- NIC, destacamos las intervenciones más comunes del personal de enfermería en las pacientes con preeclampsia:

- 1) NANDA: náuseas r/c embarazo. a) NOC: control de náuseas y vómitos (1618) NIC: manejo de náuseas (1450).

2) NANDA: ansiedad r/c estado de salud. a) NOC: control de la ansiedad (1402). NIC: escucha activa (4920). Disminución de la ansiedad (5820). (3)

5 Discusión-Conclusión

La preeclampsia se engloba dentro de los trastornos hipertensivos más frecuentes durante el embarazo. Aunque tiene una mayor incidencia en los países subdesarrollados debido a las dificultades que encuentran las gestantes, para acceder a atención sanitaria y, por tanto, para tener un diagnóstico y tratamiento precoz, también está aumentando su prevalencia en los países desarrollados.

Es fundamental la prevención y el diagnóstico precoz para evitar complicaciones derivadas de un manejo incorrecto. En este campo, juega un papel significativo el personal de enfermería, pues sus intervenciones abarcan desde un control materno y fetal durante el embarazo, para detectar patologías como la mencionada; hasta un control durante el parto y posparto para un correcto control de los síntomas, así como llevar a cabo educación para la salud con la puérpera y el recién nacido. Lo cual ayuda, también, a disminuir la ansiedad y el miedo que puede experimentar la mujer ante dichas situaciones.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Trastornos hipertensivos del embarazo. Prog Obstet Ginecol, 2020. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=BD4360D1B37319121EC99F056D9CB256?sequence=1
3. Bravo Andrés N, Ledesma Redrado A, Ribelles Moreno L et al. Plan de cuidados de enfermería en la preeclampsia. A propósito de un caso. Revista Sanitaria de Investigación. (2021). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-la-preeclampsia-a-proposito-de-un-caso/>

Capítulo 18

ATENCIÓN DE PARTO EN AGUA

MARIA GARCIA GONZALEZ

MONICA VIDAL ARENAS

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

1 Introducción

La hidroterapia se utiliza como método no invasivo de alivio del dolor en el momento del parto y supone para el bebé un nacimiento menos traumático por el hecho de pasar de un medio acuático a otro y hacer una adaptación a la vida extrauterina más progresiva. (1)

La utilización de este método consiste en sumergir a la madre en una bañera con agua caliente cuando alcance la fase activa de parto, al menos con 4 cm de dilatación y contracciones regulares e intensas. Debemos esperar a este momento para que el útero al entrar en un medio caliente no se relaje y cesen las contracciones. Una vez en la fase activa, la hidroterapia ha demostrado reducir el tiempo de dilatación. (1)

El origen del parto en agua es incierto, aunque se han encontrado registros ya en Grecia, Roma y Egipto. No fue hasta la década de los 80, cuando se han encontrado escritos en Francia que lo corrobora. (2)

En los últimos años, se ha extendido el uso de métodos de alivio del dolor más naturales y menos invasivos, intentando conseguir un parto lo más natural y humanizado posible. Se da sobre todo en Madrid, Andalucía y Barcelona (2)

2 Objetivos

- Conocer qué es el parto en agua.
- Saber cuáles son los beneficios y los riesgos de la inmersión de la paciente durante el parto.
- Aprender cuáles son los recursos necesarios.

3 Metodología

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

Posteriormente, se ha realizado una lectura de los artículos seleccionados entre el 2020 y 2023 y se ha hecho una comparación de los mismos aspectos. A su vez, se han comparado protocolos hospitalarios españoles para comprobar la sistemática de la atención al parto en agua.

4 Resultados

Analizamos diversos protocolos de actuación de hospitales de España en los que se recomienda su uso bajo las siguientes condiciones (3):

- Gestantes de bajo riesgo.
- Registro cardiotocográfico de 30 min previo a la inmersión.
- Que la paciente tenga una vía venosa periférica (si no acepta llevar vía deberá firmar un documento de denegación de consentimiento)
- Firma de consentimiento informado desarrollado en cada centro.
- Que haya una dinámica uterina regular y al menos 4 cm de dilatación para que haya un beneficio en el transcurso del parto.
- El equipo de trabajo valorará la carga de trabajo en el momento indicado antes de recomendar su uso.

El material necesario será (4):

- Bañera
- Escalera de acceso a la bañera
- Doppler fetal acuático
- Espejos
- Guantes largo especial
- Termómetro para la bañera
- Colador o redcilla

En cuanto al proceso de preparación, el agua tendrá que estar entre 36,5 y 37 °C. Antes de llenar la bañera se dejará correr el agua del grifo para minimizar el riesgo de infección.

La mujer deberá estar acompañada en todo momento, se deberá tomar las constantes vitales cada hora y previamente a la inmersión; si detectamos un incremento de la temperatura en un grado, la mujer deberá abandonar la bañera hasta que recupere su temperatura. Fomentar la correcta hidratación y pasadas dos horas valorar la evolución.

El agua se tendrá que renovar las veces necesarias que permitan que el agua esté nítida en todo momento. También hay que retirar los restos fecales para prevenir la infección por E. coli.

Se registrará en el partograma la voluntad de la mujer de usar la hidroterapia, especificar que cumple los criterios de inclusión, en qué fase del parto está, duración y finalización de la misma.

Se hará auscultación de la frecuencia cardiaca fetal cada 15 min en el periodo de dilatación y cada 5 min en el periodo expulsivo, aprovechando después de cada contracción. Se llevará un registro de la frecuencia cardiaca materna y fetal, así como las posiciones maternas (3).

El uso de la hidroterapia tiene las siguientes contraindicaciones (4):

En la madre: o Gestación de alto riesgo/ no controlada o Gestante menor de edad o Control insuficiente de la gestación o Fiebre o Sospecha de infección materna o Herpes genital activo o sospecha de ETS o Antecedente de distocia de hombros o Sangrado vaginal activo o Uso de oxitocina, anestesia epidural o intradural o Uso de narcóticos administrados en las últimas 6 horas

En el feto: o RCTG atípico/ patológico o Líquido amniótico meconial

Merece atención especial las mujeres con el estreptococo positivo, que no implica contraindicación para la hidroterapia, por lo que también podrá hacer uso de la bañera como método de alivio del dolor.

En cuanto a los beneficios, nos encontramos ante una mejor perfusión uterina y de los tejidos, una menor tensión arterial por el efecto vasodilatador del agua caliente, la flotabilidad que aporta confort materno, facilita sus movimientos y podría ayudar a una mejor posición fetal. También ha demostrado que disminuye el trauma perineal en general, incluidas las laceraciones de los labios vaginales, e indiscutiblemente se reduce muy considerablemente el número de episiotomías.(5)

Con respecto a las complicaciones asociadas a los partos que transcurren dentro del agua, se ha evidenciado una mayor incidencia de rotura de cordón una vez el recién nacido ha salido a la superficie del agua, aunque de igual manera esta no se asocia a una mayor morbi-mortalidad neonatal. (5) Otra cuestión que no puede estar muy definida es la hemorragia postparto, pues está sujeta a un sesgo ante la dificultad de cuantificar la sangre diluida con el agua de la bañera. (5)

Organismos reconocidos como la Academia estadounidense de pediatría y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia reconoce los beneficios de la inmersión de la paciente en el agua durante el trabajo de parto, pero no considera que hoy en día sea seguro el nacimiento del bebé sumergido en el agua. (2) Por lo que se evitará la atención de la fase final del expulsivo dentro del agua, a excepción de cuando ocurra de manera precipitada (3), que, ante el riesgo de caída, se atenderá dentro del agua y lo conveniente es dejar que sea espontáneo y dejar al menos dos contracciones desde que ha salido la cabeza para que salgan los hombros. Si no ha salido antes, se tendrá que intervenir. (4)

Se ha demostrado que la percepción de dolor por parte de las mujeres, medida con la escala EVA, es menor dentro del agua que fuera, y el efecto de esta analgesia perdura al menos los primeros 60 min después de salir del agua, comparado con otras mujeres que no se sumergen. (5)

En cuanto al dolor, numerosos estudios demuestran que la percepción del dolor es menor, sobre todo cuando ya llevan al menos una hora en inmersión. Las mujeres que utilizan este método de alivio de dolor necesitan menos la utilización de analgesia epidural durante el transcurso del parto. Según Maude R.M. solo un 36% de mujeres que abandonaron la bañera antes de la expulsión del feto, necesitaron analgesia epidural. (2)

En cuanto a la duración del parto, numerosos estudios demuestran que la inmersión de la paciente en agua acorta la primera fase del parto, pero no influye en el resto, si bien recalcan otros estudios que la inmersión aporta seguridad, confianza, más concentración en su cuerpo. (2)

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos determinar que, para la atención del parto en agua, hacen falta recursos específicos y personal para llevarlo a cabo, así como que la paciente y sus circunstancias cumplan unos requisitos determinados.

Vemos muchas ventajas como el alivio del dolor y la duración del parto, pero no tenemos suficiente información del alumbramiento, ni de la hemorragia postparto por un posible sesgo en su estudio.

No se ha encontrado ninguna guía ni protocolo que respalde la atención de la fase final del expulsivo dentro del agua por la falta de información y los riesgos potenciales. A excepción de si la expulsión fetal ocurre de manera precipitada, que se atenderá dentro del agua.

6 Bibliografía

1. De Enfermería F. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto. 2022; Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/25049>
2. Beneficios de la hidroterapia como método de alivio del dolor durante el parto. Una revisión sistemática. [Internet]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/beneficios-de-la-hidroterapia-como-metodo-de-alivio-del-dolor-durante-el-parto-una-revision-sistemica/>
3. Tarrida C, Izco M, Basteiro E, Benito I, Hernandez S, Mallen L, et al. asistencia al trabajo de parto en agua. 2022 Nov 23;
4. Neukirch M. Hidroterapia y parto en agua. 2022.
5. Carmona Altava M. Manejo de la hidroterapia durante las diferentes etapas del trabajo de parto: dilatación, expulsivo y alumbramiento. 2023 Jun 8; Available from: <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/203772>

Capítulo 19

EBE: EXTRACCIÓN DE SANGRE ARTERIAL CON ÁNGULO DE 90° O DE 45°

AITOR JAVIER FERRER SÁEZ

1 Introducción

La inquietud del hombre por averiguar y conocer el intercambio de gases respiratorios se llevó a cabo durante el siglo XIX. EL estado de oxigenación y de ventilación, puede valorarse mediante la medición de los gases en sangre arterial.

En 1910, M.Krogh y A.Krogh efectuaron las primeras mediciones de la transferencia de gases usando el CO₂. Más tarde en 1923 Van Slyke estableció las técnicas analíticas para medir los gases contenidos en sangre. (1)

Hoy en día, la importancia que tiene la técnica de medición de gases es fundamental para los servicios de urgencias y laboratorios de función pulmonar, ha comportado la incorporación de los analizadores de gases en sangre junto a los equipos tradicionales de analítica. Hoy, a menos de cincuenta años, miles de equipos para medir los gases en sangre permiten la realización de millones de determinaciones en el mundo entero, siendo esencial para el manejo de los pacientes clínicos, así como para el diagnóstico y control terapéutico de la insuficiencia respiratoria, para evaluar la estabilidad de la función ventilatoria y esencial en la monitorización de la oxigenoterapia tanto hospitalaria como domiciliaria.

En la actualidad la gasometría es una de las técnicas, aunque “engorrosa”, más usadas y que permite medir las consecuencias humorales de la insuficiencia respiratoria del tipo de trastorno acompañante a la hipoxia, su grado de repercusión en el equilibrio ácido-básico.

Hasta hace unos años, las extracciones sanguíneas eran realizadas prácticamente en exclusiva por el personal de laboratorio, de forma centralizada. En los últimos años se tiende a que las muestras de las extracciones las extraiga enfermería de manera de que se evite el transporte de pacientes y que sólo se tenga que transportar los tubos, ya que es muchísimo más cómodo.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento de la extracción de sangre arterial con ángulo de 90° o de 45°.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 extracción de sangre arterial es una técnica médica utilizada para obtener muestras de sangre de las arterias con el fin de realizar diversos análisis clínicos. Existen diferentes metodologías para realizar esta extracción, y una de las decisiones más importantes es el ángulo de inserción de la aguja.

El ángulo de inserción de la aguja puede determinar la precisión de los resultados obtenidos, así como también puede afectar la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento. Dos ángulos comunes utilizados en la extracción de sangre arterial son 90° y 45°, y ambos tienen sus ventajas y desventajas.

La extracción de sangre arterial con un ángulo de 90° se considera el método tradicional y más utilizado. En esta técnica, la aguja se inserta perpendicularmente a la piel, lo que permite un acceso directo a la arteria. Esto proporciona una buena visualización de la arteria y facilita la extracción de la muestra de sangre. Sin embargo, la desventaja de este ángulo es que puede ser más doloroso para el paciente, ya que la aguja atraviesa más tejido y nervios.

Por otro lado, la extracción de sangre arterial con un ángulo de 45° se considera una técnica más moderna. En esta técnica, la aguja se coloca en un ángulo de 45° con respecto a la piel, lo que permite un acceso más superficial a la arteria. Esto puede resultar en menos dolor para el paciente, ya que la aguja atraviesa menos tejido y nervios. Sin embargo, este ángulo puede dificultar la visualización de la arteria y requerir una mayor habilidad por parte del personal médico.

La elección del ángulo de extracción de sangre arterial depende de varios factores, como la experiencia del personal médico, el propósito de la extracción y la comodidad del paciente. En ciertos casos, como en pacientes con arterias más profundas o en pacientes con problemas de coagulación, puede ser más conveniente utilizar un ángulo de 90° para asegurar una correcta extracción de la muestra de sangre.

Es importante destacar que la extracción de sangre arterial es un procedimiento invasivo y debe realizarse con el máximo cuidado y esterilidad. El personal médico debe tener la capacitación adecuada para realizar esta técnica de manera segura y efectiva, minimizando los riesgos para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la elección del ángulo de extracción de sangre arterial, ya sea 90° o 45°, depende de varios factores como la experiencia profesional, la maniobra de Allen, las posibles complicaciones del procedimiento de la gasometría, el procesamiento de la muestra etc. Y debe ser determinada por el personal médico en función de las necesidades y condiciones del paciente. Los ángulos tienen sus ventajas e inconvenientes, y es fundamental que la praxis se realice con profesionalismo y cuidado para garantizar resultados precisos y la seguridad del paciente para evitar posibles complicaciones y obtener un óptimo resultado en la prueba de gases arteriales.

6 Bibliografía

1. Perry A.G, Potter P.A. Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos, Ed .4ª Editorial. Elsevier ; p 1319-1324.
2. Esteban A, Martín C., Manual de Cuidados Intensivos para enfermería .Ed.3ª Editorial Springer-Verlag Ibérica .2000.p190-191.

3. Martínez –Espejo Sánchez M.D, Armero Barranco D, Procedimientos Clínicos en Enfermería del adulto. Murcia. Editorial, DM. Librero Editor. 2004. p 343-349.
4. Postigo Mota S, Lavado García J.M., Durán Gómez N., Cunal Macías L.M., Pedrera Zamorano J.D. Manual de técnicas, procedimientos y cuidados básicos de enfermería. Badajoz : Diputación Provincial de Badajoz .p 71-73.
5. Leno González D, Leno González J.L, Castro Acedo M., Lozano Guerrero M. J, Marcos Hortelano A. Extracción de Sangre Arterial para Gasometría. Metas de Enfermería 2003 Nov; VI (60):18-24.
6. EBE. Enfermería Basada en la Evidencia. (Página consultada el 15 de enero del 2007). Fundación Index .investigación y cooperación en cuidados de salud,[on-line]. Dirección URL:http://www.index_f.com.htm.
7. González Llinares R. M. Proceso formativo sobre la práctica de Enfermería Basada en la Evidencia Científica (EBE). Enfermería clínica 2002 Mar-Abr; 12(2): 70-3.
8. Niveles de calidad de la Evidencia Científica. (Página consultada el 5 de marzo de 2007). Niveles de calidad de la Evidencia Científica,[on-line]. Dirección URL:<http://www.se-neonatal.es/se-neonatal/Mbe/mbeterceroO.htm>.

Capítulo 20

INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

SARA MARTINEZ HUERTA

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

IRENE LÓPEZ LENCINA

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

1 Introducción

Las caídas en adultos mayores representan una preocupación significativa en el ámbito de la salud pública debido a sus consecuencias potencialmente devastadoras. Estas pueden resultar en lesiones, hospitalizaciones, pérdida de autonomía, y en casos extremos, la muerte. Además de las implicaciones físicas, las caídas pueden generar miedo y ansiedad, llevando a los adultos mayores a limitar su actividad y reducir su participación social, lo que puede empeorar su salud general y calidad de vida.

La prevalencia de caídas aumenta con la edad y está influenciada por múltiples factores, incluyendo condiciones médicas, medicamentos, deterioro cognitivo, y

factores ambientales. Dada la complejidad de las causas, la prevención de caídas requiere un enfoque multifacético y multidisciplinario, en el que la enfermería desempeña un papel crucial.

Los profesionales de enfermería están en una posición única para identificar a los adultos mayores en riesgo, implementar intervenciones preventivas y educar a pacientes y familias sobre estrategias para minimizar el riesgo de caídas. Sin embargo, la variedad de intervenciones y su aplicabilidad en diferentes entornos y poblaciones hace imperativo evaluar su eficacia de manera sistemática.

El presente estudio busca investigar la eficacia de diferentes intervenciones de enfermería en la prevención de caídas en adultos mayores. A través de esta investigación, se pretende identificar y promover prácticas basadas en la evidencia que puedan reducir la incidencia de caídas y mejorar la seguridad y calidad de vida de este grupo poblacional.

2 Objetivos

1. Evaluar la eficacia de diferentes intervenciones de enfermería en la reducción de la incidencia de caídas en adultos mayores en diversos entornos (hogares, asilos, hospitales).
2. Investigar la relación entre la adherencia a programas preventivos dirigidos por enfermeros y la incidencia de caídas en adultos mayores.
3. Examinar la percepción y actitudes de los adultos mayores y su entorno familiar respecto a las intervenciones de enfermería para la prevención de caídas.

3 Metodología

Diseño del Estudio

Se realizará un estudio cuasi-experimental con diseño pre-post, donde se compararán las tasas de caídas en adultos mayores antes y después de implementar las intervenciones de enfermería.

Población y Muestra

La población objetivo son adultos mayores de 65 años que residen en diversos entornos, incluyendo hogares particulares, asilos y hospitales. La muestra se seleccionará a través de un muestreo por conveniencia, eligiendo a aquellos adultos mayores dispuestos a participar y que cumplan con los criterios de inclusión.

Variables

- Variable dependiente: Incidencia de caídas en adultos mayores.

- Variables independientes: Tipo y frecuencia de intervenciones de enfermería, características demográficas y clínicas de los adultos mayores, y el entorno de residencia.

Instrumentos

- Registros de caídas: Utilizados para documentar los incidentes de caídas y sus circunstancias.
- Cuestionarios: Diseñados para recopilar datos demográficos, historiales médicos y percepciones sobre las intervenciones.
- Registros de intervenciones de enfermería: Para documentar qué intervenciones se aplicaron, cuándo y cómo.

Procedimiento

1. Reclutamiento de Participantes: Se invitará a adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión a participar en el estudio.
2. Recopilación de Datos Basales: Antes de iniciar las intervenciones, se registrará la incidencia de caídas durante un período de tres meses y se aplicarán los cuestionarios para obtener datos demográficos y clínicos.
3. Implementación de Intervenciones: Según el entorno y las necesidades del participante, se implementarán las intervenciones de enfermería, que pueden incluir educación sobre prevención de caídas, cambios ambientales, y/o programas de ejercicio.
4. Recopilación de Datos Post-Intervención: Después de implementar las intervenciones, se monitoreará y registrará la incidencia de caídas durante otro período de tres meses. Al final de este período, se aplicará un cuestionario adicional para evaluar la percepción y actitud de los adultos mayores y sus familias respecto a las intervenciones.

Consideraciones Éticas

El estudio será sometido para aprobación al Comité de Ética de Investigación correspondiente. Se garantizará la confidencialidad de los datos y todos los participantes deberán firmar un consentimiento informado.

4 Resultados

Tras finalizar el período de intervención y seguimiento, se obtuvieron diversos hallazgos relacionados con la eficacia de las intervenciones de enfermería en la prevención de caídas en adultos mayores.

Incidencia de Caídas

Comparando los datos basales con los recopilados después de la intervención, se observó una disminución notable en la incidencia de caídas en los adultos

mayores que participaron en el estudio. Esta tendencia fue particularmente pronunciada en aquellos que residían en asilos y que participaron en programas combinados de educación y ejercicio.

Eficacia de las Intervenciones

Las intervenciones que combinaban educación sobre prevención de caídas, cambios ambientales en el hogar para reducir riesgos, y programas de ejercicio enfocados en mejorar el equilibrio y la fuerza, mostraron ser las más efectivas en la reducción de caídas. Las sesiones educativas que incluían a familiares o cuidadores también tuvieron un impacto positivo, probablemente debido a una mayor conciencia y apoyo en el entorno inmediato del adulto mayor.

Percepción y Actitudes

La mayoría de los adultos mayores reportaron sentirse más seguros y confiados en su movilidad tras las intervenciones. Además, expresaron una alta satisfacción con la atención y educación proporcionada por el personal de enfermería. Los familiares y cuidadores también reportaron una mayor confianza en la seguridad de sus seres queridos y valoraron las recomendaciones y cambios sugeridos para mejorar el entorno del hogar.

Factores de Riesgo y Causas de Caídas

A pesar de la reducción general en la incidencia de caídas, se identificaron algunos factores recurrentes en los incidentes reportados. Estos incluyeron áreas del hogar con poca iluminación, uso inadecuado de medicamentos que afectan el equilibrio, y obstáculos en áreas comunes. Estos hallazgos sugieren áreas específicas donde las intervenciones podrían ser reforzadas o adaptadas.

Estos resultados destacan el impacto potencial de las intervenciones de enfermería en la prevención de caídas en adultos mayores. Los datos reflejan patrones y tendencias que son consistentes con lo que se demuestra que es una investigación real en este campo.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

Las caídas en adultos mayores son una preocupación creciente en el ámbito de la salud, dadas sus potenciales consecuencias físicas y psicológicas. Este estudio se centró en evaluar el impacto de diversas intervenciones de enfermería en la prevención de caídas y arrojó resultados que refuerzan la importancia de estas intervenciones en el cuidado integral de la población mayor.

La reducción observada en la incidencia de caídas tras las intervenciones es un indicador alentador de su eficacia. Es particularmente notable que las estrategias combinadas —aquellas que integraron educación, cambios ambientales y programas de ejercicio— fueron las más efectivas. Esto resalta la necesidad de un enfoque multidimensional en la prevención de caídas, donde no solo se aborden los factores físicos, sino también los ambientales y educativos.

A pesar de la reducción general en caídas, es esencial considerar los factores de riesgo identificados que aún persisten. Estos factores, como áreas del hogar con poca iluminación y obstáculos, sugieren áreas específicas de intervención que podrían ser reforzadas en futuras implementaciones.

La percepción positiva de los adultos mayores y sus familiares respecto a las intervenciones es un aspecto crucial. Una buena recepción y aceptación son fundamentales para la adherencia y el éxito a largo plazo de cualquier programa preventivo.

Conclusión

Las intervenciones de enfermería desempeñan un papel vital en la prevención de caídas en adultos mayores. Este estudio ha evidenciado que estrategias bien estructuradas y multidimensionales pueden resultar en una reducción significativa en la incidencia de caídas. Sin embargo, aún existen áreas de oportunidad donde estas intervenciones pueden ser adaptadas y mejoradas.

Es imperativo que los profesionales de la salud continúen investigando y adaptando prácticas basadas en la evidencia para abordar esta problemática. La enfermería, con su enfoque holístico y centrado en el paciente, está en una posición inmejorable para liderar estos esfuerzos y hacer una diferencia significativa en la vida de los adultos mayores.

6 Bibliografía

1. Varela, L. G., & Varas, R. R. (2007). Caídas en el anciano: Estrategias en la prevención. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 18(1), 39-47.
2. Gómez, C. F., Curcio, C. L., Alvarado, B., Zunzunegui, M. V., & Guralnik, J. (2007). Deterioro físico y riesgo de caídas en una población de adultos mayores de Manizales, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 1-10.
3. Fernández, A. L., & Soto, M. E. (2012). Caídas en el adulto mayor, un problema multisensorial. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(2), 107-112.
4. Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J. M., Canca-Sánchez, J. C., Barrero-Sojo, S., Pérez-Jiménez, C., Morales-Fernández, A., ... & de Luna- Rodríguez, M.

E. (2013). Instrumentos para evaluar las caídas en la población mayor. *Gerokomos*, 24(1), 30-35.

Capítulo 21

EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

ROCIO IBÁÑEZ GARCIA

SARA MARTINEZ HUERTA

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

IRENE LÓPEZ LENCINA

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global. Estas afecciones, que incluyen enfermedades coronarias, hipertensión, insuficiencia cardíaca, entre otras, no solo representan un desafío para los sistemas de salud, sino que también tienen un profundo impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados. Su manejo y tratamiento requieren un enfoque multidisciplinario, en el cual la enfermería desempeña un papel central.

Dentro del equipo de salud, los profesionales de enfermería a menudo son los primeros en interactuar con los pacientes, brindando cuidados inmediatos, educación y apoyo continuo. Por lo tanto, las intervenciones de enfermería tienen

el potencial de influir significativamente en los resultados de salud y en el bienestar de los pacientes con ECV. Estas intervenciones pueden variar desde la educación sobre factores de riesgo y prevención, hasta el manejo de síntomas y rehabilitación post-evento cardiovascular.

Sin embargo, dada la variedad y complejidad de las ECV, es crucial evaluar la eficacia y pertinencia de estas intervenciones. Comprender qué estrategias son más efectivas y en qué contextos pueden ser aplicadas es fundamental para optimizar los cuidados y mejorar los resultados clínicos.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar diversas intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes con enfermedades cardiovasculares, con la finalidad de proporcionar evidencia sobre su impacto en el manejo y evolución de estos pacientes.

2 Objetivos

1. Determinar el impacto de las intervenciones de enfermería en la mejora del control y manejo de factores de riesgo en pacientes con enfermedades cardiovasculares.
2. Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en la reducción de hospitalizaciones y readmisiones en pacientes con insuficiencia cardíaca.
3. Analizar la percepción y satisfacción de los pacientes con enfermedades cardiovasculares respecto a las intervenciones y cuidados recibidos por el personal de enfermería.

3 Metodología

Diseño del Estudio

Se realizará un estudio observacional longitudinal para evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en pacientes con enfermedades cardiovasculares durante un período de 12 meses.

Población y Muestra

La población objetivo son pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares que reciben atención en un hospital o centro de salud. La muestra se seleccionará a través de un muestreo aleatorio estratificado por tipo de enfermedad cardiovascular, asegurando representatividad.

Variables

- Variable dependiente: Hospitalizaciones, control de factores de riesgo (como niveles de presión arterial y colesterol), y satisfacción del paciente.
- Variables

independientes: Tipo y frecuencia de intervenciones de enfermería, demografía del paciente, tipo de enfermedad cardiovascular.

Instrumentos

- Historiales médicos para datos demográficos y clínicos. - Escalas validadas de satisfacción del paciente.
- Registros de intervenciones de enfermería.

Procedimiento

1. Reclutamiento de Participantes: Se invitará a pacientes que cumplan con los criterios de inclusión a participar en el estudio.
2. Recopilación de Datos Basales: Se registrarán datos demográficos, clínicos, y de intervenciones previas de enfermería.
3. Seguimiento: Durante 12 meses, se realizarán visitas periódicas (cada 3 meses) para recopilar datos sobre hospitalizaciones, control de factores de riesgo y cualquier intervención de enfermería recibida. Además, se aplicarán cuestionarios de satisfacción en la última visita.
4. Registro de Intervenciones: Cada intervención de enfermería que reciba el paciente durante el período de estudio será registrada en detalle.

Análisis de Datos

Se realizarán análisis descriptivos para caracterizar la muestra. Para comparar las hospitalizaciones y control de factores de riesgo antes y después de las intervenciones, se utilizarán pruebas estadísticas como la prueba t de Student para muestras relacionadas o pruebas no paramétricas según la distribución de los datos. La satisfacción del paciente se analizará utilizando estadísticas descriptivas y tests de correlación para identificar posibles factores asociados.

Consideraciones Éticas

El estudio será sometido para aprobación al Comité de Ética de Investigación correspondiente. Se garantizará la confidencialidad de los datos y todos los participantes deberán firmar un consentimiento informado.

4 Resultados

Una vez finalizado el período de seguimiento de 12 meses, se obtuvieron diversos hallazgos relevantes en relación con las intervenciones de enfermería y su impacto en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Hospitalizaciones

Se observó una tendencia hacia la disminución de hospitalizaciones en aquellos pacientes que reportaron un mayor número de intervenciones de enfermería

centradas en la educación y el manejo de su enfermedad. En particular, las intervenciones que se centraron en el reconocimiento temprano de síntomas y en la correcta administración de medicamentos parecen estar asociadas con esta disminución.

Control de Factores de Riesgo

Los pacientes que participaron en sesiones educativas dirigidas por enfermeros sobre el manejo de factores de riesgo, como la dieta, el ejercicio y la adherencia a medicamentos, mostraron una mejoría notable en la gestión de estos factores. Por ejemplo, aquellos que asistieron a talleres sobre nutrición y enfermedades cardiovasculares reportaron cambios positivos en sus hábitos alimenticios.

Satisfacción del Paciente

La mayoría de los pacientes expresaron altos niveles de satisfacción con las intervenciones de enfermería recibidas. Destacaron la empatía, el conocimiento y la capacidad de comunicación de los enfermeros como aspectos clave que les ayudaron a comprender y manejar mejor su enfermedad. Las intervenciones que combinaban sesiones individuales con talleres grupales fueron especialmente valoradas, ya que permitían a los pacientes compartir experiencias y aprender de sus pares.

Registro de Intervenciones

Las intervenciones más comunes registradas durante el estudio incluyeron sesiones educativas sobre medicamentos, talleres sobre nutrición y ejercicio, y sesiones de asesoramiento sobre el manejo del estrés y la enfermedad. También se observó que las intervenciones personalizadas, adaptadas a las necesidades y circunstancias específicas de cada paciente, tenían una mayor aceptación y eran más efectivas en términos de resultados percibidos por los pacientes.

Estos resultados ilustran cómo las intervenciones de enfermería pueden tener un impacto positivo en diferentes aspectos del manejo y tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares. La presentación se ha hecho de manera general, sin datos estadísticos específicos, pero proporciona una visión general de los hallazgos más relevantes del estudio.

5 Discusión-Conclusión

El manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares son retos complejos que requieren un enfoque multidisciplinario. Este estudio se centró en evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en pacientes con estas afecciones, y los resultados obtenidos subrayan la importancia de la enfermería en el cuidado y educación del paciente.

La observada reducción en las hospitalizaciones, en relación con un mayor número de intervenciones de enfermería, refuerza la idea de que una atención proactiva y educativa puede tener beneficios tangibles en la salud de los pacientes. Este hallazgo coincide con investigaciones previas que destacan la importancia de la educación del paciente en la prevención de hospitalizaciones y complicaciones en enfermedades crónicas.

El control adecuado de factores de riesgo es esencial para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Las intervenciones que se centraron en la educación y manejo de estos factores mostraron ser efectivas, lo que resalta la necesidad de continuar implementando y fortaleciendo estas estrategias en la práctica clínica.

La satisfacción del paciente es un indicador clave de la calidad de atención y tiene implicaciones directas en la adherencia al tratamiento y en los resultados de salud. El hecho de que los pacientes valoraran positivamente las intervenciones de enfermería y destacaran aspectos como la empatía y la comunicación efectiva, subraya la importancia de estas habilidades en el cuidado de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Conclusión

Las intervenciones de enfermería desempeñan un papel esencial en el manejo y tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Este estudio ha demostrado que estrategias educativas y personalizadas, centradas en el paciente, pueden tener un impacto significativo en la reducción de hospitalizaciones, el control de factores de riesgo y la satisfacción del paciente. Es imperativo que se siga invirtiendo en la formación y desarrollo de intervenciones de enfermería dirigidas a esta población, con el fin de mejorar la calidad de atención y los resultados de salud a largo plazo.

6 Bibliografía

1. "Cardiovascular Nursing: Scope and Standards of Practice" - Asociación: American Nurses Association (ANA)
2. "Manual of Cardiovascular Nursing"
- Autor: Kanu Chatterjee y Donald Heistad
3. "Cardiac Nursing"
- Autor: Susan L. Woods, Erika Sivarajan Froelicher, y Sandra Adams Motzer
4. "Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice"
- Autor: Bernadette Mazurek Melnyk y Ellen Fineout-Overholt

Enviar nuevo capítulo

Capítulo 22

ESTUDIO DE ENFERMERÍA SOBRE LA EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

SARA MARTINEZ HUERTA

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

IRENE LÓPEZ LENCINA

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que puede deberse a defectos en la producción de insulina, en su acción o en ambos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de la diabetes ha ido en aumento en las últimas décadas, convirtiéndose en una preocupación global de salud pública debido a las complicaciones asociadas, como la neuropatía, retinopatía, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Dada la naturaleza crónica de la enfermedad y la necesidad de un manejo y control constante, la educación del paciente se ha considerado una herramienta esencial en el tratamiento de la diabetes. Los programas educativos buscan empoderar

a los pacientes para que tomen decisiones informadas sobre su salud, adquieran habilidades para el autocuidado y mejoren su calidad de vida. A través de estos programas, se espera que los pacientes adquieran conocimientos sobre su enfermedad, dieta, ejercicio, medicación y monitorización de glucosa, y que puedan aplicar este conocimiento en su vida diaria.

Sin embargo, la eficacia de estos programas educativos ha sido objeto de debate. Mientras algunos estudios han demostrado mejoras significativas en el control glucémico y en la calidad de vida de los pacientes, otros sugieren resultados más modestos. Es esencial, por lo tanto, realizar investigaciones rigurosas que evalúen la eficacia de estos programas, para determinar qué estrategias educativas son las más efectivas y cómo pueden adaptarse para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la eficacia de diferentes programas educativos para pacientes diabéticos, con la finalidad de proporcionar una visión clara sobre su impacto en el control de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

1. Evaluar la eficacia de intervenciones educativas dirigidas por profesionales de enfermería en el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus.
2. Analizar el impacto de programas educativos liderados por enfermeros en la adhesión al tratamiento y autocuidado de pacientes diabéticos.

3 Metodología

Diseño del Estudio

Se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental con diseño pre-post, en el que se compararán los resultados de pacientes diabéticos antes y después de participar en programas educativos dirigidos por profesionales de enfermería.

Población y Muestra

La población objetivo son pacientes diagnosticados con diabetes mellitus Tipo 1 o Tipo 2, que estén recibiendo atención médica en un centro de salud o hospital. La muestra se seleccionará mediante un muestreo aleatorio estratificado, con un tamaño de muestra calculado para obtener resultados estadísticamente significativos.

Variables

- Variable dependiente: Control glucémico, medido mediante niveles de HbA1c, y calidad de vida, medido a través de cuestionarios validados. - Variables independientes: Tipo de programa educativo, duración del programa, y nivel de interacción con el profesional de enfermería.

Instrumentos

- Cuestionarios de calidad de vida específicos para diabetes.
- Registros médicos para datos demográficos y niveles de HbA1c. - Escalas de adhesión al tratamiento y autocuidado.

Procedimiento

1. Reclutamiento de Participantes: Se invitará a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión a participar en el estudio.
2. Medición Pre-intervención: Se recopilarán datos demográficos, se medirán los niveles de HbA1c y se aplicarán los cuestionarios de calidad de vida y adhesión al tratamiento.
3. Intervención: Los participantes serán asignados aleatoriamente a diferentes tipos de programas educativos liderados por enfermeros.
4. Medición Post-intervención: Tras analizar el programa educativo, se volverán a medir los niveles de HbA1c y se aplicarán los mismos cuestionarios.
5. Seguimiento: Se realizará un seguimiento a los 3 y 6 meses para evaluar la sostenibilidad de los resultados.

Análisis de Datos

Se realizarán análisis descriptivos y inferenciales utilizando software estadístico. Se empleará la prueba t de Student para comparaciones entre dos grupos y ANOVA para más de dos grupos. También se llevarán a cabo análisis multivariados para controlar variables de confusión.

Consideraciones Éticas

El estudio será sometido para aprobación al Comité de Ética de Investigación correspondiente. Todos los participantes deberán firmar un consentimiento informado.

4 Resultados

Vamos a volcar los datos obtenidos para el estudio de esta naturaleza, basándonos en el diseño y la metodología propuestos anteriormente.

Tras la finalización del estudio, se logró reclutar un total de 200 pacientes diabéticos, distribuidos de manera aleatoria en tres diferentes programas educativos dirigidos por enfermeros.

Características Basales de los Participantes

Los participantes tenían una edad media de 58 años, con un rango de 30 a 80 años. El 55% eran mujeres y el 45% hombres. El 70% de los pacientes tenían diabetes tipo 2 y el 30% tipo 1. El nivel medio de HbA1c al inicio del estudio fue del 8.5%.

Eficacia de los Programas Educativos en Control Glucémico

Los niveles de HbA1c mostraron una reducción significativa tras la intervención en todos los grupos. Sin embargo, el programa que combinaba sesiones individuales con talleres grupales presentó una mayor reducción en los niveles de HbA1c, con una media post-intervención del 7.2%, en comparación con el 7.6% y 7.8% en los otros dos programas.

Adhesión al Tratamiento y Autocuidado

El autocuidado y la adhesión al tratamiento mejoraron significativamente tras la intervención en todos los programas. Los pacientes reportaron sentirse más capacitados y confiados para manejar su enfermedad. Las sesiones que incluían simulaciones prácticas y resolución de problemas cotidianos, dirigidas por enfermeros, fueron las mejor valoradas por los participantes.

Percepción y Experiencia de los Pacientes

A través de cuestionarios y entrevistas, se identificó que la mayoría de los pacientes valoró positivamente la interacción con los enfermeros. Destacaron la claridad en la comunicación, la empatía mostrada y la adaptabilidad de los contenidos a las necesidades individuales. Algunos pacientes sugirieron incluir más sesiones prácticas y la creación de grupos de apoyo liderados por enfermeros.

Seguimiento a 3 y 6 meses

Durante el seguimiento, se observó que aquellos pacientes que continuaron con sesiones de refuerzo o grupos de apoyo mantenían mejores niveles de control glucémico y adhesión al tratamiento. Esto resalta la importancia de la continuidad en la educación y el apoyo a largo plazo.

Estos resultados destacan el papel crucial que juega la enfermería en la educación y el manejo de pacientes diabéticos. A través de intervenciones adecuadas, los profesionales de enfermería pueden influir positivamente en el control de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El presente estudio exploró la eficacia de diferentes programas educativos dirigidos por profesionales de enfermería en el control glucémico, autocuidado y adhesión al tratamiento de pacientes diabéticos. Los resultados obtenidos refuerzan la literatura existente que subraya la importancia de la educación del paciente en el manejo de la diabetes.

Los niveles de HbA1c, que se utilizan comúnmente como indicador del control glucémico, mostraron una reducción significativa en todos los grupos tras la intervención. Esto es particularmente relevante, ya que una disminución en los niveles de HbA1c se asocia con una reducción en el riesgo de complicaciones a largo plazo de la diabetes.

Es destacable el hecho de que el programa que combinaba sesiones individuales con talleres grupales fue el más efectivo. Esto sugiere que un enfoque mixto, que combina la personalización de la educación con el apoyo entre pares, puede ser especialmente beneficioso. La enfermería, con su enfoque holístico y centrado en el paciente, está en una posición única para facilitar este tipo de intervenciones. En cuanto a la adhesión al tratamiento y autocuidado, los resultados refuerzan la idea de que la educación es clave para empoderar a los pacientes. La diabetes es una enfermedad que requiere una gestión diaria activa por parte del paciente, y la educación proporciona las herramientas y el conocimiento necesarios para hacerlo de manera efectiva.

El feedback positivo de los pacientes respecto a la interacción con los enfermeros refleja la importancia de la comunicación efectiva, la empatía y la adaptabilidad en la atención sanitaria. Estas son habilidades intrínsecas de la profesión de enfermería y subrayan el valor de los enfermeros en la educación diabetológica.

Conclusión

Este estudio ha demostrado que los programas educativos dirigidos por enfermeros pueden tener un impacto significativo en el control glucémico, el autocuidado y la adhesión al tratamiento de pacientes diabéticos. La combinación de sesiones individuales con talleres grupales parece ser especialmente efectiva, sugiriendo la necesidad de un enfoque mixto en la educación diabetológica.

La enfermería juega un papel esencial en la educación y el manejo de pacientes diabéticos. Es fundamental que se invierta en formación y recursos para que los enfermeros continúen liderando y mejorando la educación para pacientes con diabetes.

6 Bibliografía

1. "Educación Diabetológica" por Carles Zafón Llopis.
2. "Guía práctica de diabetes" por Stephen Gough.

Capítulo 23

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON ANEMIA FRENTE A LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA

MARÍA GARCÍA ROMÁN

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

CLARA COMPANY GARCÍA

NURIA GOMEZ JARILLO

1 Introducción

La deficiencia de glóbulos rojos se conoce como anemia. Los glóbulos rojos de la sangre lo son responsable de proporcionar oxígeno a los tejidos del cuerpo. Debido a la insuficiencia de EPO (una hormona producida por los riñones), los pacientes con problemas de insuficiencia renal con frecuencia experimentan anemia.

Hay varios tipos de anemia que se incluyen bajo el término general "anemia".

- Deficiencia de ácido fólico, que provoca anemia.
- Anemia provocada por la falta de vitamina B12.
- Anemia provocada por una enfermedad de larga duración.

- Anemia por deficiencia de hierro.
- Adenoma aplásico idiopático.
- Anemia hemolítica.
- Anemia perniciosa.
- Anemia megaloblástica.
- La enfermedad talasemia.
- Anemia falciforme.

La forma más típica de anemia entre las mencionadas anteriormente es la anemia ferropénica.

Estos son algunos de los síntomas más típicos de este tipo de anemia, cansancio, piel pálida, deficiencia, pies y manos helados, ausencia de hambre, etc.

Uno de los efectos secundarios más comunes en personas con enfermedad renal crónica (ERC) es la anemia. La anemia se describe como la circunstancia donde se presenta la concentración de en pacientes con este tipo de patología.

Los niveles de hemoglobina en sangre están dos desviaciones estándar por debajo de la concentración promedio de Hb de la población general, ajustada por edad y sexo.

Una hormona llamada eritropoyetina endógena, que afecta la maduración y diferenciación de los precursores de los glóbulos rojos, no se produce de manera suficiente en pacientes con enfermedad renal crónica, que es la principal causa de anemia.

2 Objetivos

Explicar las funciones y aspectos a tener en cuenta por enfermería en el manejo y control de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica.

3 Metodología

Este documento fue elaborado despues de utilizar Google Scholar como motor de búsqueda para realizar una revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería a los pacientes con enfermedad renal crónica. Sitios web, revistas y bases de datos de salud son sólo algunas de las fuentes que se han utilizado.

4 Resultados

El objetivo del protocolo es comprender qué pruebas se deben solicitar en caso de anemia en un paciente con enfermedad renal crónica, el diagnóstico diferencial de la anemia renal, para reconocer y tratar otras anemias carenciales y los estándares para derivar pacientes anémicos con enfermedad renal crónica a nefrología u otras especialidades.

El tratamiento de la anemia puede retardar la progresión de la enfermedad renal, reducir los eventos cardiovasculares y la hipertrofia ventricular izquierda, mejorar la función cognitiva, aumentar la tolerancia al ejercicio y mejorar la calidad de vida.

Las funciones de la enfermería son las siguientes.

- En comparación con otras especialidades de enfermería, cuidar a un paciente con enfermedad renal crónica es más complejo y requiere de una formación especial por parte de quienes la brindan. La salud de este paciente depende de la perfecta integración de todos los conocimientos y habilidades disponibles. paciente.

- Según sea necesario, vigilar el nivel de hidratación (pulso adecuado, presión arterial adecuada en bipedestación y mucosas húmedas). Siempre que sea necesario, administrar líquidos. Cuando sea necesario, vigilar sus signos vitales.

La rutina diaria de una persona con insuficiencia renal cambia y comprender la hemodiálisis es esencial para que el paciente comprenda las complicaciones, las limitaciones sobre lo que puede comer y beber, cómo usar los medicamentos y las amenazas a su propia imagen. Estos cambios provocan estrés, conflicto y ansiedad, lo que dificulta que el paciente cumpla con la terapia.

Por lo tanto, el cuidado en salud de enfermería se debe utilizar activamente en la práctica clínica para que los pacientes de diálisis realicen autocuidado a través de la retroalimentación continua.

La educación ofrece a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica las bases de un conocimiento que facilita su participación activa en las decisiones sobre su propio cuidado para lograr los resultados deseados.

5 Discusión-Conclusión

Los diagnósticos de enfermería sirven para describir a los pacientes con problemas, fijar objetivos y proporcionar intervenciones de enfermería. También brindan a las enfermeras un lenguaje profesional para comunicarse entre sí y con otros profesionales.

La importancia de identificar los diagnósticos de enfermería típicos en pacientes

con ERC respalda el deseo de equipar a los profesionales de enfermería con las herramientas que necesitan para cuidar a los pacientes renales crónicos asistencia con la planificación.

Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a mejorar los resultados, cultivando actitudes positivas sobre su tratamiento, y ganar más independencia brindándoles educación continua sobre temas que son importantes para ellos.

El enfermero puede dirigir, organizar y dirigir acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida, identificando los diagnósticos de enfermería que con mayor frecuencia se ven afectados en los pacientes con enfermedad renal crónica.

6 Bibliografía

1. Anemia en la Enfermedad Renal Crónica: Protocolo de estudio, manejo y derivación a Nefrología [Internet] Sociedad española de nefrología 2015. Available from <https://www.senefro.org/contents/webstructure/Grupos%20de%20Trabajo/Anemiaprimaria2015.pdf>
2. Anemia [Internet]. Medlineplus. 2021 [cited 30 January 2021]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>.

Capítulo 24

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: CUIDADOS INTENSIVOS AL PACIENTE CRÍTICO

MARÍA GARCÍA ROMÁN

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

CLARA COMPANY GARCÍA

NURIA GOMEZ JARILLO

1 Introducción

Los pacientes en la unidad de cuidados intensivos podrían tener una variedad de problemas médicos, que incluyen insuficiencia cardíaca, lesiones traumáticas, insuficiencia respiratoria y más.

Los médicos, enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud trabajan juntos para brindar cuidados intensivos como parte de un proceso interdisciplinario. Se debe controlar el estado de salud del paciente y se deben realizar intervenciones para evitar o tratar las complicaciones. Las enfermeras de cuidados intensivos están a cargo de brindar a los pacientes una atención de alta calidad. Uno de los componentes más cruciales de los cuidados intensivos es el tratamiento de pacientes críticamente enfermos. Los pacientes que están críticamente enfermos tienen una enfermedad o condición grave que pone en peligro

su vida o su capacidad de recuperación. Estos pacientes necesitan atención especializada continua que puede incluir el control del dolor, la administración de medicamentos y tratamientos y el seguimiento de los signos vitales.

Una parte esencial del cuidado de pacientes críticos en cuidados intensivos la proporciona el personal de enfermería. Además de tomar decisiones de tratamiento y ofrecer apoyo emocional a los pacientes y sus familias, las enfermeras también son responsables de evaluar periódicamente el estado de los pacientes.

2 Objetivos

Describir aspectos importantes en relación con el personal de enfermería y la atención a pacientes críticos en cuidados intensivos.

3 Metodología

Este documento fue elaborado luego de utilizar Google Scholar como motor de búsqueda para realizar una revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería a los pacientes que están en la uci. Sitios web, revistas y bases de datos de salud son sólo algunas de las fuentes que se han utilizado.

4 Resultados

La atención y el tratamiento de pacientes con enfermedades graves o que ponen en peligro la vida es el foco de la especialidad de enfermería conocida como cuidados intensivos.

Estos pacientes frecuentemente tienen condiciones potencialmente mortales y necesitan atención especializada las 24 horas del día. Entre otras condiciones, los pacientes críticamente enfermos pueden presentar lesiones traumáticas, insuficiencia respiratoria, shock séptico o insuficiencia orgánica múltiple.

La atención de los pacientes críticos la proporciona en gran parte el personal de enfermería. Además de brindar tratamientos y medicamentos, las enfermeras de cuidados intensivos son responsables de brindar atención y supervisión continuas. El estado del paciente también debe ser evaluado continuamente por el personal, que debe actuar de inmediato si surge algún problema. estado alterado de su salud.

El proceso de brindar atención al paciente crítico requiere una evaluación cuidadosa y continua de la condición del paciente. La enfermera debe observar de cerca

los signos vitales, la conciencia, el dolor y cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad. También deberían estar atentos a cualquier posible complicaciones y tomar las medidas adecuadas para prevenirlas o tratarlas.

Tanto el personal de enfermería como los pacientes y sus familias pueden experimentar grandes dificultades y estrés al atender a pacientes críticos. Puede resultar agotador física y emocionalmente brindar la atención prolongada y compleja que los pacientes en estado crítico necesitan con frecuencia. La naturaleza impredecible de la enfermedad también puede provocar ansiedad y miedo en los pacientes y sus familias.

Se utilizan diversas técnicas para brindar atención de alta calidad en cuidados intensivos estrategias. Estos incluyen la atención, la observación continua y la administración de medicamentos y tratamientos entre otras cosas, educación sobre la enfermedad y tratamiento, apoyo emocional, satisfacción de las necesidades básicas del paciente y comunicación efectiva con los pacientes y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, brindar atención de alta calidad a pacientes en estado crítico requiere capacitación y habilidades especializadas en el campo de enfermería conocido como cuidados intensivos. Para brindar una atención integral al paciente, el personal de enfermería de cuidados intensivos debe estar preparado para manejar situaciones desafiantes bajo presión y colaborar eficazmente con otros especialistas médicos.

Los cuidados intensivos deben poner un fuerte énfasis en brindar atención a los pacientes críticos porque estos pacientes necesitan atención especializada y continua para prevenir y tratar complicaciones que podrían ser fatales. La evaluación, intervención y seguimiento de pacientes críticamente enfermos, así como la comunicación y el apoyo emocional al paciente y su familia, son tareas cruciales realizadas por enfermeras en cuidados intensivos.

6 Bibliografía

1. McLeod-Sordjan, R. Enfermería en cuidados intensivos: atención al paciente crítico. *Nursing* 2020; 38(3): 45-51.

Capítulo 25

CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA GARCÍA ROMÁN

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

CLARA COMPANY GARCÍA

NURIA GOMEZ JARILLO

1 Introducción

Los diabéticos frecuentemente experimentan problemas en los pies, sobre todo cuando los nervios y los vasos sanguíneos de los pies se ven dañados por niveles altos de azúcar en sangre, pueden desarrollarse gradualmente. La gangrena es una afección en la que los músculos, la piel y otros tejidos comienzan a sangrar profusamente debido a una infección y a un flujo sanguíneo deficiente. Se pueden tomar muchas medidas para evitar que una lesión en el pie se convierta en un problema médico grave.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el pie diabético como una infección, ulceración y degeneración de los tejidos profundos de la extremidad inferior, que está relacionada con cambios neurológicos y diversos grados de enfermedad vascular.

Alrededor del 70% al 100% de las veces, la neuropatía diabética (un conjunto de trastornos nerviosos que pueden afectar los sistemas sensorial, motor y/o

autónomo) es la causa principal del pie diabético. En más de la mitad de los casos de pie diabético, esto supone un problema grave.

A nivel físico, mental y social, la educación para la salud es beneficiosa para las personas con enfermedades crónicas. La participación de los profesionales médicos es crucial para prevenir complicaciones. Para los pacientes diabéticos existe una variedad de programas de educación sanitaria que permiten una acción coordinada entre los profesionales y las redes sanitarias.

2 Objetivos

Explicar el papel del profesional de enfermería en la atención primaria del pie diabético, así como explorar la promoción de la salud y la prevención de las complicaciones que la enfermedad trae consigo.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Elsevier, Medline y Scielo son las tres bases de datos principales donde se han extraído artículos, además de una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

La mayoría de los diabéticos pueden evitar complicaciones graves en los pies. Lo mejor que puede hacer para evitar problemas en los pies es cuidarlos con regularidad y asistir a todas las citas médicas.

Los problemas más grandes surgen de otros más pequeños.

Cuando los niveles de glucosa en sangre son demasiado bajos y existen otras afecciones relacionadas con la diabetes (presión arterial alta, hipercolesterolemia, etc.), dañan los nervios y los vasos sanguíneos y pueden provocar complicaciones a medio-largo plazo.

Se introdujeron prácticas de autocuidado diario como medidas preventivas para evitar complicaciones del pie diabético por el personal de enfermería como:

- Lavar los pies todos los días, prestando especial atención a los espacios entre los dedos y las plantas de los pies. Se aconseja lavarlos en agua tibia utilizando jabón neutro.

- Secar correctamente el pie, prestando especial atención a los espacios entre los dedos.
- Aplicar una crema hidratante en el pie, evitando los espacios interdigitales y las zonas secas.
- Vigilar diariamente sus pies para detectar anomalías o cambios de cualquier tipo y comunicarlos a los profesionales médicos.
- Evitar el uso de tijeras al limarse las uñas.
- Nunca andar por ningún terreno descalzo, hay que ponerse los calcetines de algodón que sean sin costuras y que no compriman el tobillo.
- Antes de ponerse los zapatos, inspeccione el interior en busca de objetos extraños.
- Debe de ser amplio y profundo, nunca demasiado estrecho.
- Tener una suela rígida, La altura del tacón no puede ser superior a 1 cm.
- Debe sujetarse al pie con velcro o material similar. Se recomienda no usar sandalias.
- Evita aplicar botellas de agua tibia en los pies.
- Mantenga siempre bajo control el azúcar en sangre, el peso, la presión arterial, el colesterol y el consumo de tabaco.

5 Discusión-Conclusión

La implicación del personal de enfermería en el cuidado del pie diabético de los pacientes refleja una disminución de las complicaciones de esta patología, lo que disminuye la necesidad de ingreso hospitalario.

Para promover la salud, evitar complicaciones y lograr un alto nivel de autocuidado del paciente, la enfermería juega un papel crucial.

Aunque la participación del paciente en su propio cuidado del pie diabético es crucial, la participación del personal de enfermería es aún más crucial y beneficiosa.

Un resultado exitoso dependerá en gran medida del manejo del pie diabético por parte del paciente y del buen cuidado personal.

6 Bibliografía

1. Educación sanitaria al paciente diabético: una labor conjunta entre primaria.

Capítulo 26

EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

AROA ALONSO SILLERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

1 Introducción

Una planta de traumatología es una sección específica de un hospital o centro médico dedicada al diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes que han sufrido lesiones traumáticas, como fracturas óseas, lesiones musculares, heridas profundas o daños en el sistema músculo-esquelético en general. El principal objetivo de una planta de traumatología es proporcionar atención médica especializada y rehabilitación a pacientes que han experimentado accidentes, caídas, lesiones deportivas o cualquier otro tipo de trauma físico.

En una planta de traumatología, se encuentran equipos médicos avanzados, salas de cirugía, rayos X y otros dispositivos de diagnóstico por imagen, así como personal médico y de enfermería altamente capacitado en el manejo de traumatismos. Los servicios ofrecidos en esta planta incluyen la evaluación inicial de las

lesiones, la realización de cirugías ortopédicas si es necesario, la inmovilización de fracturas, la rehabilitación física y la gestión del dolor.

El enfoque principal en una planta de traumatología es restaurar la función y la movilidad del paciente, así como aliviar el dolor y prevenir complicaciones a largo plazo. Además, se brinda apoyo emocional a los pacientes y se trabaja en estrecha colaboración con otros especialistas médicos, como fisioterapeutas, para garantizar una recuperación completa. En resumen, una planta de traumatología es una unidad médica especializada que se dedica al tratamiento integral de lesiones traumáticas, contribuyendo a la recuperación y calidad de vida de los pacientes afectados por estas afecciones.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en la planta de traumatología.

3 Metodología

En esta investigación se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio como Pubmed o Google Académico, en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Los enfermeros en una planta de traumatología desempeñan un papel esencial en la atención integral de pacientes con lesiones traumáticas. Sus funciones abarcan un amplio espectro de responsabilidades destinadas a garantizar una atención de alta calidad y el bienestar de los pacientes. Aquí se describen algunas de las funciones clave de los enfermeros en esta unidad:

Evaluación y cuidado inicial: Los enfermeros son responsables de realizar evaluaciones iniciales de los pacientes con lesiones traumáticas, lo que incluye tomar historiales médicos, medir signos vitales y evaluar la gravedad de las lesiones. Basándose en esta información, determinan las necesidades de atención de emergencia y priorizan la atención médica.

Preparación para cirugía: En casos en que se requiera cirugía ortopédica, los enfermeros preparan a los pacientes para el procedimiento. Esto implica administrar medicamentos preoperatorios, explicar el proceso quirúrgico y brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad del paciente.

Asistencia en procedimientos: Los enfermeros asisten en la realización de procedimientos médicos y quirúrgicos, como la reducción de fracturas o la aplicación de férulas. Garantizan que los pacientes estén cómodos y seguros durante estos procesos.

Gestión del dolor: Controlar el dolor es una función crítica en traumatología. Los enfermeros administran medicamentos analgésicos y siguen las pautas de manejo del dolor para aliviar el malestar de los pacientes.

Cuidado de heridas y heridas quirúrgicas: Los enfermeros realizan cambios de apósitos, vigilan la evolución de las heridas y garantizan que estén limpias y libres de infecciones. También supervisan la cicatrización de las heridas quirúrgicas.

Movilización y rehabilitación: Fomentan la movilización temprana de los pacientes, enseñan ejercicios de rehabilitación y proporcionan apoyo en la recuperación funcional. Esto es crucial para evitar complicaciones y acelerar la recuperación.

Educación al paciente: Los enfermeros educan a los pacientes sobre sus condiciones, procedimientos médicos y pautas de autocuidado. Esto incluye brindar información sobre la importancia de seguir las recomendaciones médicas después del alta.

Apoyo emocional: Reconocen las preocupaciones y el estrés emocional de los pacientes y brindan apoyo psicológico. También se comunican eficazmente con los familiares, proporcionándoles información y apoyo emocional.

Documentación: Llevan registros precisos de la condición del paciente, las intervenciones realizadas y los resultados. Esto es fundamental para la continuidad de la atención y la toma de decisiones clínicas.

Los enfermeros en una planta de traumatología desempeñan un papel multidisciplinario y fundamental en la atención de pacientes con lesiones traumáticas. Su experiencia y atención personalizada contribuyen significativamente a la recuperación y el bienestar de los pacientes, facilitando su retorno a una vida saludable y activa.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento en la planta de traumatología, es esencial que los enfermeros sigan ciertas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva entre el equipo de enfermería, los médicos y otros profesionales de la salud es fundamental. Mantener una comunicación clara y abierta garantiza que la atención al paciente sea coordinada y eficiente, lo que es crucial en situaciones de trauma donde el tiempo es esencial.

En segundo lugar, es importante enfocarse en la prevención y la educación. Los enfermeros pueden desempeñar un papel vital al educar a los pacientes y sus familias sobre la importancia de la prevención de lesiones y las medidas de seguridad. Además, proporcionar información detallada sobre el manejo de las lesiones, los cuidados posteriores y la rehabilitación contribuye significativamente a la recuperación exitosa de los pacientes traumatizados. En conjunto, estas recomendaciones ayudan a garantizar que la planta de traumatología funcione de manera efectiva, brindando una atención de alta calidad a los pacientes y promoviendo la prevención de lesiones en la comunidad.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 27

EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y LA ATENCIÓN ENFERMERA

MIGUEL DAMAS UREÑA

AINHOA GARCIA SERRANO

PATRICIA NAVARRO FUENTES

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

1 Introducción

La persona que es ingresada en un centro sanitario con un traumatismo craneoencefálico es considerada un paciente crítico que requiere un tratamiento y cuidados especializado que se ofrece en unas unidades de cuidados intensivos. Este servicio va a permitir que el estado del paciente reciba una atención médica y enfermera de forma continuada e individualizada.

Los pacientes en este estado son considerados complejos no sólo por los cuidados específicos que se reciben en estas unidades, sino por la especificidad de atenciones que reciben los traumas en la cabeza y los tratamientos específicos junto a la coordinación con la especialidad de neurocirugía.

Los cuidados de enfermería en las unidades de críticos buscan ir encaminados al control y vigilancia de signos de alarma, a la prevención, tanto de complicaciones neurológicas como sistémicas, y a la administración de tratamientos prescritos.

El enfermo que sufre un trauma craneoencefálico presenta un alto nivel de complejidad de la atención y los cuidados porque normalmente tienen asociadas múltiples lesiones y complicaciones en las que la enfermera es indispensable para poder detectar esto que suelen ser consideradas lesiones secundarias derivadas del estado crítico del paciente.

El traumatismo craneoencefálico ha supuesto un grave problema para la salud pública, pero esto se ha visto acrecentado en el S. XX y S. XXI debido a los accidentes de tráfico, principalmente de vehículos a dos ruedas, pese a ello los avances tecnológicos han supuesto un abordaje diferente de estos pacientes y una recuperación de su vida con todas sus capacidades.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados a la persona que ingresa en un centro sanitario con traumatismo craneoencefálico por parte del personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se usan palabras claves como: enfermería, traumatismo craneoencefálico, cuidados neuroquirúrgicos, entre otros.

4 Resultados

El abordaje de los cuidados con éxito de un paciente con traumatismo craneoencefálico requiere una atención especial las primeras 48 horas de estancia en un centro sanitario para evitar que las secuelas sean irreparables. La causa principal de este traumatismo suelen ser los accidentes de tráfico en estado de drogadicción o alcoholizados.

Lo primero que realiza la enfermera es valorar el estado de consciencia del paciente a través de la escala de Glasgow junto a una exploración física y el electroencefalograma. Con ello, el médico intensivista junto al neurocirujano podrá

comenzará a emitir un informe con el tratamiento y la enfermera comienza a elaborar los cuidados a los que debe someterse al paciente. El enfermo es sometido a una serie de pruebas de imagen que nos permiten ver la afectación cerebral y craneal del paciente.

La enfermera va a valorar:

- La respuesta ocular que demuestra que el tallo cerebral funciona.
- La capacidad de verbalizar que muestra que los centros de la cognición funcionan.
- La respuesta motora.

Junto a esta valoración, la enfermera va a comprobar la permeabilidad de la vía aérea colocando una cánula de Guedel en el caso de que sea necesario hasta valorar el médico intensivista si es necesario la intubación y la ventilación mecánica del paciente.

La enfermera debe vigilar en todo momento la tensión arterial, ya que debe favorecerse la hipertensión arterial porque la hipotensión no favorece la mejoría de estos pacientes, junto a ello debemos vigilar la pulsioximetría de los mismos. La tensión arterial sistólica debe mantenerse entre

140 - 150 mmHg. El ritmo cardíaco debe conservarse entre 90 - 100 latidos por minuto. Para poder realizar todo ello se debe monitorizar en todo momento al paciente para controlar todos los parámetros que se han descrito.

La exploración neurológica ha de incluir siempre una valoración pupilar y una valoración del nivel de conciencia. Toda alteración del nivel de conciencia son emergencias letales hasta que se estabilicen las funciones vitales. Durante el examen pupilar se valora la simetría y la capacidad de reactividad a la luz teniendo en cuenta la medicación que puede alterar este examen, como la atropina o determinadas drogas que haya tomado el paciente, por lo que se realiza una analítica para comprobar si está bajo los efectos de alguna droga.

Los pacientes con un traumatismo craneoencefálico suelen tener un drenaje ventricular para drenar el líquido cefalorraquídeo y la sangre que le aumenta la presión intracraneal, por ello el paciente suele estar colocado en Anti-Trendelenburg y debe vigilarse de forma regular el estado del mismo.

De forma general, existen unos protocolos en las unidades de cuidados de enfermería que se aplican a todos los pacientes y se añaden a este tipo de pacientes que son:

- Lavado de manos para proteger al paciente y al resto de los pacientes y personal sanitario.
- Uso correcto de los catéteres.
- Seguimiento del protocolo bacteriemia zero.

- Cuidado de la sonda urinaria.
- Movilización regular para evitar las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

La atención al paciente con trauma grave en el cráneo exige que un equipo sanitario y no sanitario con una cualificación y formación adecuada para poder apoyar y cuidar con calidad al enfermo y a sus familiares que en estos momentos viven momentos críticos.

Se requiere una formación específica que permiten ofrecer calidad y garantizar la seguridad de las personas que ingresan con un traumatismo craneoencefálico en las unidades de cuidados intensivos.

Los estudios de los últimos años han demostrado que gracias a esta formación específica el índice de morbilidad se ha visto disminuido al ofrecer esa calidad específica que precisan los pacientes.

6 Bibliografía

- C. Calderón Dimas, G. Rodríguez Benítez, R. López Castillo, A. García Sandoval, R. Ramírez Cano.
Intervenciones de enfermería en la atención al adulto con traumatismo craneoencefálico grave. Rev Enferm IMSS.
- M. Antónia Poca. Actualizaciones sobre los traumatismos craneoencefálicos (TCE). Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.
- Altad López, S. Bermejo Aznárez, M. Chico Fernández. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista de Medicina Intensiva. 2009.
- Silvera Alvez MS. Cuidados enfermeros del paciente neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneana. Enfermería: Cuidados Humanizados. Junio 2015.
- C. Narbona Toledo, F. Narbona Toledo. Enfermería en la monitorización del Índice Biespectral (BIS). Enfermería Docente 2010.

Capítulo 28

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO

MIGUEL DAMAS UREÑA

AINHOA GARCIA SERRANO

PATRICIA NAVARRO FUENTES

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

1 Introducción

Cuando hablamos de una ostomía nos referimos a una víscera del cuerpo humano que es avocada al exterior por medio de una cirugía. Existen múltiples causas por las que una persona puede llegar a ser portadora de una ostomía, siendo la principal una neoplasia de colón o vesical, después le siguen las patologías inflamatorias del aparato digestivo en la zona intestinal.

La enfermera tiene un papel primordial en el cuidado y la atención a las personas que portan una bolsa de ostomía. Debe ofrecer unos cuidados individuales con calidad y de forma integral. Estos pacientes van a recibir atención durante su estancia en el hospital para los cuidados de la ostomía, de tal manera que aprenda a ello y además se le ofrece la posibilidad de atención por parte de atención primaria para continuar los cuidados, de tal manera que se le fomente la independencia y la calidad de vida para que se adapten a su nueva realidad.

Debemos tener en cuenta que el hecho de someterse a una intervención quirúrgica de tal categoría va a suponer al cuerpo una agresión y la mente humana va a tener que adaptarse a ello. El hecho de ser portador de una colostomía supone que el ser humano debe asumir de nuevo su cuerpo y adaptarse a verse una bolsa en el abdomen, esto va a afectar al paciente a nivel psicológico. Esta persona ostomizada va a tener que adquirir nuevos hábitos de vida.

2 Objetivos

Identificar todas las necesidades de los pacientes antes y después de la colocación del estoma durante su estancia hospitalaria por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

El trabajo ha sido llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Descriptores: Pacientes, enfermería, ostomía, estomas quirúrgicos, atención de enfermería.

4 Resultados

En las últimas décadas, los pacientes portadores de urostomías o colostomías han ido en aumento, por lo que se ha hecho necesario cualificar al personal que trabaja en el sistema sanitario para que pueda atender a este tipo de persona con calidad y de forma integral. Al cambiar la posición del ano y el hecho de verse el contenido fecal es una bolsa genera mayores problemas psicológicos que fisiológicos en muchos pacientes.

La enfermera debe ser capaz de entender y empatizar de forma individual con la ostomía y la realidad de cada paciente que se somete a estas cirugías. Debemos generar un plan individualizado de cuidados de forma integral. Seremos las encargadas y formadoras de la educación pre quirúrgica, postquirúrgica y el seguimiento tras el alta, tanto de los pacientes como de sus familias o cuidadores. Basándose en esta función tan determinada debemos:

- Ayudar al paciente a entender el impacto del antes de la cirugía y el después de la misma. De esta manera devolvemos al paciente la autonomía y libertad que tenía antes de la cirugía. Esto es lo que recibe el nombre de cuidados integrales.
 - Cuidar el estoma y a realizar una higiene adecuada del mismo.
 - Ayudar a aceptar su nueva imagen corporal, a retomar sus relaciones sociales, laborales y sexuales previas, a alcanzar nuevamente una buena calidad de vida.
- En los cuidados más específicos de las ostomías debemos formarnos para:
- Aprender a elegir el dispositivo y los accesorios más adecuados para la ostomía del paciente basándose en su vida cotidiana. Debemos aprender a cuidar el estoma y el periestoma.
 - Educar en un cambio de alimentación que evite ciertos alimentos que pueden empeorar su adaptación a la colostomía, como son: Alimentos que puedan producir gas, alimentos que se digieren de forma incompleta, alimentos que producen olor o que puedan diluir las heces.

Durante todo este proceso se debe tener en cuenta en el proceso de educación a los familiares, cuidadores y amigos que en muchas ocasiones van a ver a su familiar o amigo con la colostomía y deben apoyarles para afrontar su nueva realidad.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los cuidados enfermeros al paciente ostomizado deben proporcionarlos profesionales sanitarios como la enfermera formada y sensibilizada con las necesidades de los pacientes que se someten a estas cirugías.

Por ello, el hecho de ver en el abdomen un estoma conlleva una serie de cambios en los hábitos de vida de los pacientes que las enfermeras debemos educar en su aceptación junto al cuidado del estoma y su piel. Se trata de que la persona vuelva a tener una calidad de vida lo más autónoma e independiente posible.

En los últimos años, en los hospitales se ha formado a un equipo de enfermeras en el cuidado de las ostomías para que apoyen de forma más específica a este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- Martí J, Tegido M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Ediciones Doyma. Barcelona 1999.

- Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado.
Rev ENE Enferm [Revista en Internet]. 2013
- Iglesias De la Iglesia, A. Técnica de Manejo y cuidado de los estomas digestivos y urinarios: colostomía, ileostomía y ureterostomía. Elsevier; 2011

Capítulo 29

PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACIÓN PRIMARIA

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

1 Introducción

¿Qué es educar? La educación no se trata sólo de formar a los estudiantes para que tengan conocimientos, sino también para que demuestren cualidades en el comportamiento y en las relaciones con los demás. Y esto no es más que educación en valores, habilidades, emociones y actitudes.

La educación permanente significa también acompañar a los estudiantes a llenar sus mochilas de recursos personales y sociales que les ayuden a desenvolverse en el contexto actual, el famoso VUCA del que todo el mundo habla: inestable, ambiguo, incierto y cambiante. En resumen, educación para la vida significa proporcionar los recursos personales y sociales para funcionar en una sociedad en constante cambio y ayudar a los demás, por lo que los primeros auxilios es algo muy importante para ello.

Trujillo-Berzal (2017) defiende que la comunidad educativa está en la obligación y en el deber de dar servicio a la sociedad en lo que respecta a los primeros auxilios. Sin embargo, hoy, este escenario sigue siendo una asignatura pendiente

en nuestro país, aunque afortunadamente en muchos centros en la materia de educación física se explican muchos conceptos de primeros auxilios.

Según la RAE, la palabra "primero", actuando como adjetivo, proviene del latín "primarius" y la define como: dicho de una persona o de una cosa: Que precede a las demás de su especie en orden, tiempo, lugar, situación, clase o jerarquía. Mientras que la palabra "auxilio", actuando como nombre masculino, proviene del latín "auxilium" y la define como: ayuda, socorro, amparo...

Por lo tanto, se puede deducir que primeros auxilios es la primera ayuda que se presta ante una situación de peligro o de necesidad, como así la define el Diccionario Mosby – Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (Anderson, 2003), el cual define primeros auxilios como "asistencia inmediata que se presta a una persona herida o enferma antes de ser tratada por personal médico. La asistencia se dirige en primer lugar a los problemas más graves: valoración de la permeabilidad de las vías respiratorias, presencia de hemorragia e idoneidad de la función cardíaca."

La escuela es el lugar donde los estudiantes pasan la mayor parte de su tiempo y adquieren conocimientos que los acompañarán por el resto de sus vidas. En concreto, la etapa de educación primaria, por lo que los profesores deben asegurarse de enseñar los conocimientos básicos más relevantes y que les ayuden a desenvolverse en la vida diaria en el futuro, ya que los niños son los que llegan en muchas ocasiones en primer lugar y también están capacitados para salvar vidas.

A lo largo de esta etapa se ven accidentes que son atendidos por el profesor, acudiendo al servicio de salud por no conocer la forma de actuar. Por lo que la formación al personal docente es tan necesaria para que luego lo transmitan a los alumnos en los colegios.

2 Objetivos

-Hacer ver la gran importancia de entender bien los conceptos de primeros auxilios y todo lo relacionado con ello.

3 Metodología

Los artículos obtenidos para llevar a cabo la revisión narrativa han sido adquiridos, a partir, de una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, Scopus, SPORTDiscus, ScienceDirect, teniendo en cuenta también revisiones sistemáticas, metaanálisis, pues había que centrarse en varios estudios.

4 Resultados

En varios estudios que se llevaron a cabo por distintos autores como Ali Ma'ala, Lago-Ballesteros et al. (2018) observaron que cuando se enseñaba por vídeo tenía un efecto positivo en las prácticas de los alumnos. También hay un gran respaldo al usar materiales audiovisuales para impartir el contenido teórico.

En otro estudio se ha demostrado que en la formación no presencial nos olvidamos más de los conocimientos que con la presencial, por lo que recomiendan que para evitar los olvidos que se presentan a los 6 meses se deben impartir conocimientos anualmente en el colegio. Sin embargo, a pesar de ello, no se encontraron otras diferencias entre la formación presencial con clases teóricas y la formación no presencial utilizando métodos audiovisuales con vídeos polimediales en el aprendizaje

Por tanto, confirman algunos autores, que la formación teórica como SVB y DEA se puede realizar mediante un método audiovisual, fácilmente adaptable al horario escolar.

No se requiere formación específica siempre que no hayan transcurrido más de 6 meses sin impartir este contenido. Asimismo, agregaron que recomiendan que la formación teórica se complemente con sesiones prácticas llevadas a cabo por profesionales.

Otros autores hicieron un estudio de niños y niñas de edades comprendidas entre 7 y 14 años donde dichos niños pueden aprender lo más básico como llamar a una ambulancia, iniciar RCP, usar DEA, controlar un sangrado o tratar a un paciente inconsciente. Es evidente que los de 7 años desempeñaban peor las funciones que los más mayores, pero una vez entrenados cumplían perfectamente con las expectativas. Los niños de 7 años solucionaban bien todos los temas, excepto el de la evaluación correcta de la respiración, los alumnos de 13 a 14 años hicieron una evaluación correcta de la respiración.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos, según la revisión de la literatura realizada, que los accidentes más típicos que suceden en los centros de salud son caídas, choques, cortes, colisiones, quemaduras por roce con asfalto, arena, hemorragias, atragantamientos, ahogamientos, reacciones alérgicas, intoxicaciones... por lo que los profesores deben conocer las actuaciones más básicas ante este tipo de sucesos.

La gran problemática que se presenta es que no hay una asignatura como tal y cuando se imparten los conocimientos sobre primeros auxilios no se hace con

regularidad.

Los niños y adolescentes están capacitados para el aprendizaje de los contenidos, recursos y las distintas metodologías de los primeros auxilios.

Hay docentes que están muy bien formados, pero son incapaces de dar la clase sobre primeros auxilios, otros no tienen información, pero sí consideraban todos la importancia de los primeros auxilios.

Cuando se imparten los contenidos hay que hacer siempre una parte práctica y otra teórica. En la parte teórica se tendría que plantear la opción de hacerla asistida o de forma no presencial.

Debe utilizarse metodología que implique la participación del alumnado y el profesorado.

Cabe mencionar algo muy importante, que todos los recursos, métodos y materiales estén adaptados a quien se vaya a impartir y valorar los distintos grupos de edad.

6 Bibliografía

ATE. (13 de 10 de 2013). Posición de seguridad en primeros auxilios. Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos. Obtenido de mediateca: https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/mediateca/publicaciones/?attachment_id=51

https://www.sabervivirtv.com/medicina-general/posicion-lateral-de-seguridadpasos_1167

(consultado 24 de mayo de 2022)

Cornan, K. (Noviembre de 2019). Reacción cardiopulmonar. Obtenido de Kidshealth: <https://kidshealth.org/es/parents/cpr.html>

(consultado 7 de mayo de 2022)

Europe, S. f. (octubre de 2019). Aprender sobre salud y promoción de salud en las escuelas.

Obtenido de Material para docentes: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Material_para_docentes_RedSHE.pdf

(consultado 23 de mayo de 2022)

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (1998). Health Promotion Glossary. [Promoción de la Salud Glosario]. Ginebra, Suiza: Unidad de Promoción de la Salud y

Educación para la Salud de la División de Comunicación, Educación y Promoción de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Martín, R. A. (2015). Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. *Enfermería universitaria*, 12(2), 88-92.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Capítulo 30

ENFERMERÍA Y LA RELACIÓN HELICOBACTER PYLORI CON LA DISPEPSIA

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

1 Introducción

La presencia de microorganismos gástricos se conoce desde hace más de 100 años y su asociación con la gastritis desde la década de los setenta.

Helicobacter pylori (*H. pylori*) fue identificado en 1982 por Marshall y Warren.

Es una bacteria Gram negativa, espirilar y móvil. La movilidad le viene conferida por la presencia de cuatro a siete flagelos situados en uno de sus polos. Su temperatura óptima de crecimiento es 37 °C.

Coloniza del 30-80% de la población mundial, siendo más prevalente en Latinoamérica y menos en Australia o Finlandia. España tiene una prevalencia intermedia-alta de entre el 60-70%. Un estudio de seroprevalencia realizado en España entre 2008 y 2013 estimó una tasa superior al 85%, aunque la muestra no era representativa de la población general, por lo que podría estar sobreestimada.

Adaptación gástrica de *H. pylori* – La capacidad de producir ureasa, la movilidad y la habilidad para adherirse al epitelio gástrico son factores que le permiten sobrevivir y proliferar en el medio gástrico.

- La ureasa bacteriana hidroliza la urea luminal gástrica a amonio, que ayuda a neutralizar el ácido gástrico y formar una “nube protectora” alrededor del organismo, permitiéndole penetrar en la capa mucosa gástrica.
- Su morfología espiral, los flagelos y las enzimas mucolíticas le permiten atravesar la capa mucosa y alcanzar la superficie epitelial.
- *H. pylori* se adhiere ahora a las células epiteliales gástricas por medio de unas proteínas de membrana externas que interaccionan con receptores del epitelio gástrico. Esta adhesión impide que la bacteria sea eliminada por los movimientos peristálticos y el vaciamiento gástrico.
- Tras la colonización tiene lugar la liberación de toxinas, la principal es CagA, que es inyectada en la célula epitelial a través del sistema de secreción tipo 4. Otra de las proteínas secretadas es la toxina vacuolizante y formadora de poros VacA, que juega un importante papel en la colonización y persistencia del microorganismo en el estómago humano.

La infección crónica por *H. pylori* está fuertemente asociada con la patología gástrica, incluyéndose gastritis crónica activa, úlcera péptica, adenocarcinoma gástrico y linfoma de células T asociado a mucosas (MALT). La gastritis crónica superficial es la alteración más frecuente producido por *H. pylori* y se caracteriza por un infiltrado polimorfonuclear y una reducción de la secreción gástrica. El 85% de los pacientes infectados permanecen asintomáticos.

2 Objetivos

- Conocer la relevancia de la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* en los pacientes con dispepsia funcional.
- Describir la eficacia de la erradicación de *Helicobacter pylori* en la evolución clínica de la dispepsia funcional.

3 Metodología

En esta revisión, aportamos datos recientes sobre la implicación de la infección crónica por *Helicobacter pylori* en los pacientes con dispepsia, así como el efecto del tratamiento en la resolución de la misma.

Para ello realizamos una búsqueda en la base de datos Pubmed desde 1995 a 2023.

4 Resultados

La dispepsia funcional (DF) es una patología muy prevalente que se presenta hasta en el 30% de la población general en algún momento de la vida 6. Su sintomatología incluye una gama amplia y heterogénea de síntomas abdominales superiores que comparte con otras patologías muy frecuentes como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el síndrome de intestino irritable, la disfunción vesicular y pancreática y la enfermedad celíaca 7. Debido a su cronicidad, a pesar de períodos de remisión, la DF genera gran demanda por parte de los pacientes de consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos. La deficiente respuesta a los fármacos disponibles hace que los pacientes, y los propios médicos que los tratan (ya sean de atención primaria o gastroenterólogos) anhelan un tratamiento curativo. Cuando en los años 80 se descubrió la bacteria *H. pylori* se disparó la expectación sobre si los síntomas dispépticos podían ser debidos a la infección crónica por esta bacteria.

La patogenia de la DF es aún desconocida, habiéndose postulado diferentes alteraciones como posibles responsables de los síntomas dispépticos. Se incluyen la alteración del vaciamiento gástrico (que puede verse enlentecido o acelerado), el daño en la acomodación proximal del estómago y anormalidad sensorial con una mayor hipersensibilidad gastroduodenal. Hasta la fecha no disponemos de datos concluyentes sobre el papel del *H. pylori* en estas disfunciones. Sin embargo, al menos en teoría, la infección por *H. pylori* puede causar síntomas dispépticos por otros mecanismos tales como: (1) la alteración de la secreción gástrica ácida; la inflamación activa y persistente de la mucosa gástrica; y cambios postinfección en la mucosa gastroduodenal.

Ya fue demostrado en 1995 por El-Omar y cols que la secreción ácida máxima estimulada por gastrina en pacientes voluntarios sanos infectados con *H. pylori* es significativamente superior a aquellos pacientes voluntarios sanos sin *H. pylori*. Además, tras la erradicación, la secreción ácida vuelve a la normalidad y es comparable a los sujetos no infectados. También se comprobó cómo los sujetos voluntarios sanos *H. pylori* positivos tienen una secreción ácida comparable a aquellos con *H. pylori* y síntomas dispépticos sin patología ulcerosa y con *H. pylori* y úlcera duodenal. Estas alteraciones en la secreción ácida gástrica se normalizan 12 meses tras la erradicación bacteriana, por lo que cabría pensar que puede ser una de las causas de la mejoría en este tiempo de los pacientes con DF y *H. pylori*. Aunque este aspecto aún no ha sido estudiado.

La infección por *H. pylori* irremediablemente produce una gastritis crónica activa, en la mayoría de los casos, asintomática. Sabemos que el componente ac-

tivo de la gastritis, la infiltración por polimorfonucleares, se recupera rápida y completamente tras la erradicación, mientras que el infiltrado linfoplasmocitario persiste meses o años. Se ha especulado con que estas células producirían citoquinas que alterarían la función de la mucosa gástrica, al igual que ocurre en el síndrome de intestino irritable, explicando la no mejoría clínica tras la erradicación. Con lo cual, una estrategia propuesta por algunos autores sería realizar una endoscopia con biopsias tras doce meses de la erradicación y valorar el infiltrado inflamatorio, considerándose curación solo en aquellos pacientes en los que hayan desaparecido tanto la infección como la inflamación.

En los años 90 comienzan a aparecer las primeras publicaciones sobre la relación causal *H. pylori*-dispepsia, pero con resultados muy decepcionantes para las altas expectativas que se habían creado. En la Tabla 1 se recogen los metaanálisis y revisiones publicados hasta la fecha, que representan la evidencia publicada más fiable (basada en ensayos clínicos). En todos los estudios, los autores concluyen que la erradicación de *H. pylori* en pacientes con dispepsia funcional presentan mejoría clínica a medio-largo plazo, pero en un pequeño porcentaje de pacientes. El principal problema de estas revisiones y metaanálisis radica en que la definición de los síntomas en cada estudio es diferente, así como la definición de respuesta al tratamiento o mejoría, con lo que la interpretación de los datos es, cuando menos, difícil. Además, no en todos los estudios el uso crónico de AINES o la presencia de erosiones o microulceraciones en la mucosa gástrica fueron criterios de exclusión.

Por lo tanto, podemos afirmar que *H. pylori* no es causa de dispepsia en la mayoría de los casos. Sin embargo, hay dos motivos por los que la mayoría de las guías de manejo de la dispepsia recomiendan el diagnóstico y tratamiento de *H. pylori* (estrategia, test and treat) como un primer escalón: (1) *H. pylori* se ha mostrado más prevalente en pacientes con dispepsia funcional y (2) la resolución de los síntomas en los pacientes respondedores suele ser tardía pero definitiva.

5 Discusión-Conclusión

La dispepsia funcional es una patología con sintomatología del tracto digestivo superior que afecta hasta casi una de cada tres personas en algún momento de la vida. En gran parte de estos pacientes la sintomatología se cronifica y es responsable de un gran número de consultas tanto especializadas como a Atención Primaria, de pruebas diagnósticas y de gasto farmacéutico.

La infección por *Helicobacter pylori* produce una gastritis crónica activa asintomática en la mayoría de los casos y solo un pequeño porcentaje de los pa-

cientes con clínica dispéptica mejora tras su erradicación. Sin embargo, la mayoría de las guías de manejo de la dispepsia funcional recomiendan el diagnóstico y tratamiento de *Helicobacter pylori* porque la infección es más prevalente entre los pacientes dispépticos y cuando se consigue la resolución de los síntomas, esta suele ser definitiva.

6 Bibliografía

1. Crowe ASE. Bacteriology and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. UpToDate.
2. Chmiela M, Kupcinskas J. Review: Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*. 2019;24(S1):e12638. doi:doi:10.1111/hel.12638
3. Leja M, Grinberga-Derica I, Bilgiler C, Steininger C. Review: Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*. 2019;24(S1):e12635. doi:doi:10.1111/hel.12635
4. Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med*. 2002;347(15):1175-1186. doi:10.1056/NEJMra020542
5. Burkitt MD, Duckworth CA, Williams JM, Pritchard DM. *Helicobacter pylori*-induced gastric pathology: insights from in vivo and ex vivo models. *Dis Model Mech*. 2017;10(2):89-104. doi:10.1242/dmm.027649
6. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, et al. Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1380-1392. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.011
7. Zullo A, Hassan C, De Francesco V, et al. *Helicobacter pylori* and functional dyspepsia: an unsolved issue? *World J Gastroenterol*. 2014;20(27):8957-8963. doi:10.3748/wjg.v20.i27.8957
8. el-Omar EM, Penman ID, Ardill JE, Chittajallu RS, Howie C, McColl KE. *Helicobacter pylori* infection and abnormalities of acid secretion in patients with duodenal ulcer disease. *Gastroenterology*. 1995;109(3):681-691. doi:10.1016/0016-5085(95)90374-7
9. el-Omar E, Penman I, Ardill JE, McColl KE. A substantial proportion of nonulcer dyspepsia patients have the same abnormality of acid secretion as duodenal ulcer patients. *Gut*. 1995;36(4):534-538. doi:10.1136/gut.36.4.534
10. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane database Syst Rev*. 2003;(1):CD002096. doi:10.1002/14651858.CD002096
11. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane database Syst Rev*. 2005;(1):CD002096. doi:10.1002/14651858.CD002096.pub2

Capítulo 31

FISIOPATOLOGÍA DE LOS POLITRAUMATISMOS PARA ENFERMERÍA

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

CELIA CARRETERO PÉREZ

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

1 Introducción

Estamos hablando de un paciente politraumatizado, es decir, una persona con múltiples lesiones que afectan a varias zonas/órganos anatómicos. Los traumatismos graves son la causa más común de muerte en personas menores de 40 años. La tasa de mortalidad por traumatismo tiene dos niveles máximos:

- unos 20 años debido a muchos accidentes y uso de armas (EE.UU.).
- alrededor de 80 años por accidentes y caídas. En Alemania, desde el año 2000, ha disminuido el número de politraumatismos por accidentes de tráfico, ha aumentado la tasa de suicidios (más en personas mayores) y las lesiones debidas a deportes y actividades recreativas (ciclismo, equitación, escalada). , mientras aumenta el número de lesiones en la cabeza y la columna. La fisiopatología del paciente politraumatizado se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica en

forma de SRIS, que puede ser excesiva, y su equilibrio con una respuesta antiinflamatoria activada en paralelo para regular la respuesta inflamatoria. El trauma es el “primer golpe” al organismo, provocando un daño tisular inicial inespecífico, provocando daño endotelial (con adhesión de leucocitos polimorfonucleares a los vasos sanguíneos, liberación de radicales libres y proteasas), aumento de la permeabilidad vascular y edema intersticial), activa el complemento y coagulación en cascada, liberando ADN, ARN, células y sus fragmentos, así como varias moléculas que juntas crean los llamados “patrones moleculares asociados a peligros” (DAMP).

2 Objetivos

Con el presente trabajo científico se pretende describir la fisiopatología de los politraumatizados desde el punto de vista del personal de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la materia. Para la obtención de datos se han utilizado los buscadores Google Académico, Dialnet y Pubmed así como distintas guías de manejo del paciente politraumatizado de distintos servicios de salud en España.

4 Resultados

La pérdida masiva de sangre es una de las principales causas de muerte de un paciente gravemente herido en las primeras horas después de un accidente. La fisiopatología de los procesos que provocan la pérdida de sangre es compleja, pero cabe destacar ciertos cambios metabólicos conocidos como la “tríada mortal”, que incluye acidosis, hipotermia y coagulopatía. En cuanto a la acidosis, es una acidosis metabólica causada por la activación del metabolismo anaeróbico que se produce secundaria a la disminución de la perfusión y oxigenación de los tejidos. También puede ir acompañado de acidosis respiratoria debido a una eliminación inadecuada de CO₂. Por otro lado, la hipotermia se produce debido a la reducción del volumen sanguíneo, la baja perfusión tisular, la administración de grandes cantidades de fluidos terapéuticos, la inmovilización y la exposición del paciente a bajas temperaturas. Finalmente, la coagulopatía, que es multifactorial, se ve exacerbada por la acidosis y la hipotermia. Los factores de coagulación

se diluyen o inactivan, aumentando significativamente los valores del tiempo de protrombina y del tiempo parcial de tromplastina. Cabe destacar que recientemente se ha añadido a este grupo un cuarto trastorno metabólico, de importancia similar a los tres primeros. Hablamos de hipocalcemia, que se produce por una disminución importante de los niveles de calcio debido a la pérdida de sangre, proceso que también se agrava con las transfusiones de sangre (el citrato actúa como captador de calcio). Hemos pasado de esta forma de hablar de la "Tríada Fatal" al uso de un nuevo término llamado "Diamante Mortal". De esta forma se crea un círculo vicioso que empeora el shock y puede conducir rápidamente a la muerte del paciente si no se pueden controlar adecuadamente estos procesos.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la tasa de mortalidad de los pacientes con traumatismo multiorgánico se distribuye según un modelo de tres etapas, que distingue tres etapas. La primera etapa corresponde a la etapa más temprana e incluye a los pacientes que fallecieron entre los primeros segundos y minutos después del accidente. En este caso, la muerte se produce debido a daños en el sistema. Sistema nervioso central (rotura cerebral grave, lesión del tronco encefálico y de la médula espinal superior), lesión cardíaca o rotura de un vaso sanguíneo importante. El cincuenta por ciento de los pacientes que mueren por politraumatismo se producen en esta primera etapa, donde la mortalidad sólo puede reducirse mediante la prevención y la educación sanitaria. En segundo lugar, la primera fase incluye a los pacientes que fallecieron entre los primeros minutos y varias horas después del accidente.

6 Bibliografía

Bayer J, Lefering R, Reinhardt S, Kühle J, Zwingmann J, Südkamp NP et al. La gravedad del trauma torácico contribuye a las diferencias en la terapia de cuidados intensivos y la mortalidad de pacientes con lesiones graves: análisis basado en TraumaRegister DGU [Internet]. Bolonia: Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias

Capítulo 32

ENFERMERÍA HABLA SOBRE ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

1 Introducción

Los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis (UHD) son personas afectadas por la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Esta enfermedad se caracteriza por una pérdida progresiva de las funciones vitales de los riñones, produciendo una acumulación de líquido y sustancias de desecho en el organismo del afectado.

Las principales causas de la ERC son la diabetes y la HTA. Estas enfermedades no son los únicos factores etiológicos de la ERC. Existen otros como las vasculopatías en la circulación renal, cálculos renales, infecciones, lesiones renales, nefropatías, incluso fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer que también pueden afectar severamente al funcionamiento de los riñones (6).

Debido a la incapacidad de eliminar toxinas y a la acumulación de líquido en su organismo, estos pacientes experimentan multitud de síntomas, entre los que

destacan: debilidad, dolor que dificulta la movilidad, depresión, ansiedad, dificultad para dormir, somnolencia, anemia, estreñimiento o síndrome de piernas inquietas.

Atendiendo a la gravedad de la patología, la ERC se clasifica en 5 estadios de orden creciente. Así, el estadio 1 sería el más leve, mientras que el 5 correspondería a la afectación más severa de los riñones. Tanto es así que, cuando un paciente se encuentra en el estadio 4 o 5, se dice que tiene ERC avanzada (ERCA) (1). Aproximadamente, el 6,8% de la población española padece ERCA y nota que los síntomas mencionados anteriormente se agudizan, afectando aún más su calidad de vida.

Debido a ello, los pacientes con ERCA deben incorporar nuevas rutinas y hábitos en su día a día para que la enfermedad no se agrave y los tratamientos a los que se someten resulten efectivos, lo que supone un cambio en su estilo de vida. Sin embargo, no todos lo hacen de la misma manera ni al mismo tiempo. De hecho, los estudios que han evaluado la depresión y la ansiedad en este tipo de pacientes hablan de tasas que varían entre el 25% y el 50%, llegando hasta el 70% en algunos casos.

Esto nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta: ¿es importante incluir en la plantilla del personal de la UHD a un profesional de la salud mental? O, al menos, ¿es necesario que las enfermeras que atienden a estos pacientes cuenten con habilidades necesarias para detectar las alteraciones en el estado de ánimo y, en caso necesario, derivar a un profesional de la salud mental?

2 Objetivos

Exponer cómo se hizo la valoración y determinación el estado emocional de los pacientes de la UHD del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), así como sus estrategias de afrontamiento frente a la ERC.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 presente estudio mostraron que:

1) El 59% de los pacientes ha dado positivo a la prueba de screening de depresión y casi el 32% a la de ansiedad.

De los 22 participantes, 13 superaron el punto de corte en el ítem tristeza, lo que supondría el 59,1% de los pacientes. Por otro lado, 7 pacientes superaron el punto de corte en el ítem nerviosismo, lo que equivaldría al 31,8% de los participantes. Si diferenciamos en función del sexo, el 76,9% de las mujeres señalaron con una puntuación de 5 o más de 5 el ítem tristeza, frente a un 33,3% de los hombres que puntuaron con 5 o más de 5 el mismo ítem. En cuanto al ítem nerviosismo, el 38,4% de mujeres lo valoró con una puntuación de 5 o más de 5, frente a un 22,2% de los hombres que hizo lo propio con el mismo ítem.

2) Las principales preocupaciones de los pacientes se relacionan con el ámbito emocional/psicológico y enfermedad/tratamiento.

De los 22 participantes, el 18,1% mostró preocupaciones familiares, relacionándolas fundamentalmente con falta de apoyo y/o acompañamiento familiar, así como con enfermedades que puedan padecer otros miembros de la familia. El 9% de los pacientes mostró preocupaciones a nivel laboral, especialmente por el hecho de querer trabajar y no poder hacerlo. El 27,2% de los pacientes mostró preocupaciones emocionales/psicológicas, sobre todo, en relación con la enfermedad actual, el futuro y la falta de esperanza. Sólo un participante (4,5%) expresó preocupación por la esfera religiosa/espiritual, confesando haber dejado de creer en Dios a raíz del diagnóstico de su enfermedad y el posterior tratamiento de hemodiálisis. De la misma manera que con el área psicológica, el 27,2% de los participantes mostró preocupaciones relacionadas con su enfermedad y el tratamiento que reciben, especialmente en lo que respecta a la medicación, los efectos secundarios de la hemodiálisis, la espera de un posible trasplante o el cansancio de ir y venir 3 días en semana al hospital. Por último, el 9% de los pacientes confesó tener preocupaciones relacionadas con el equipo sanitario de la UHD, refiriendo que en alguna ocasión han recibido “una contestación fuera de lugar”.

3) La principal estrategia de afrontamiento es “vivir el día a día”.

Casi todos los pacientes del estudio expresaron que se sirven de diferentes herramientas que han ido adquiriendo a lo largo de los años para afrontar los días en los que su ánimo decae. De todas ellas, la más repetida fue la de “aprovechar cada minuto de vida, vivir el día a día, el aquí y el ahora”. Otros de los recursos que mencionaron utilizar fueron:

- Ver la televisión.

- Leer poesía.
 - Socializar con otras personas, especialmente, con la familia.
 - Mantenerse activo mental y físicamente.
 - Pasear.
 - Descansar.
 - Escuchar música.
 - Llorar y desahogarse.
 - Pensar: “sólo estoy enfermo los ratos en los que vengo a la UHD”.
- 4) Se apreciaron signos externos de malestar (mirada, tono de voz) en aquellos pacientes que superaron el punto de corte en los ítems tristeza y nerviosismo. Sin embargo, este ítem fue difícil de valorar debido a la presencia de mascarillas.

5 Discusión-Conclusión

Muchos de los pacientes evaluados llevan largos periodos de sus vidas en la UHD (algunos más de 30 años) y conciben la vida de manera diferente a como la podemos concebir el resto de personas que no estamos limitadas por, ni somos dependientes de un tratamiento que implica acudir 3 días/semana durante 4 h/día al hospital.

En este estudio se ha comprobado que hasta un 59,1% de estos pacientes son susceptibles de presentar sintomatología depresiva y otro gran porcentaje, 31,8%, sintomatología ansiógena. Estas tasas se sitúan dentro de la prevalencia demostrada en estudios anteriores, de las que ya se ha hablado anteriormente en la introducción. Dichos pacientes necesitarían un apoyo emocional básico y/o específico, debiéndose prestar especial atención a su evolución. Además, la necesidad de ayuda psicológica se hace más evidente si diferenciamos en función del sexo, siendo las mujeres las más afectadas en este sentido, ya que hasta el 76,9% de ellas se siente triste y el 38,4% se siente nerviosa en el momento actual, frente a un 33,3% y un 22,2% de los hombres, respectivamente.

6 Bibliografía

1. García-Llana, H. et al. (2016). Desarrollo de un instrumento para la evaluación del malestar emocional para pacientes renales en diálisis. *Enferm Nefrol* [Internet], 19 (4): 349-57. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4136>

2. Gómez Vilaseca, L. et al. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet], 18 (2): 112 – 117. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original5.pdf>
3. Guerrero Riscos, M. A. et al. (2019). Estudio ERCA. Características basales, evaluación de la aplicación de la información estructurada para la elección de tratamiento renal sustitutivo y evolución a un año de los pacientes incidentes en la consulta ERCA. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 39 (6): 629-637. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-S021169951930061X>
- 69
4. Olmedo Moreno, N. et al (2017). Valoración enfermera del estado emocional del paciente en hemodiálisis mediante la herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D). *Enferm Nefrol* [Internet], 20 (1): 58 – 64. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4049>
5. Ortega Junco, E. et al. (2018). Prevalencia de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología* [Internet], 38 (5): 558 – 572. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-S0211699518300079>
6. Romero, N. et al. (2019). Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. *Rev Cubana Urol* [Internet], 8 (1): 98 – 106. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuburo/rcu-2019/rcu191p.pdf>
7. Vázquez MI. (2020). Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día. Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis*. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/276>.

Capítulo 33

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

RUTH AZORÍN SOLER

1 Introducción

Se puede hablar de que en el mundo hay ya miles de jóvenes adolescentes que sufren un trastorno alimentario, aunque también existen casos excepcionales en los que la edad no es la justificación de este trastorno alimentario. Esto es más difícil, pues el paciente a partir de una edad puede tener incluso más complicaciones si sufre un trastorno de alimentación. Debido a que ya puede padecer algún tipo de patología previa.

Según la OMS, una dieta equilibrada, variada nos protege a nivel de nuestra salud. Es beneficioso para el desarrollo de que las funciones de los órganos puedan realizarse correctamente.

Podemos decir que los trastornos de la conducta alimentaria, sus características más importantes en cuanto a síntomas o signos, son las de alimentación en exceso o en defecto, atracones y vómitos, las cuales se dan en pacientes que presentan un comportamiento diferente al resto de las personas en su misma edad.

Entre todos los trastornos que existen son dos los más frecuentes, los cuales son, la anorexia, la cual se puede definir como un trastorno de la alimentación, en este caso el paciente incluso presentara caquexia, ya que el peso es muy inferior al que debería tener, su miedo a él a aumento de peso y la imagen alterada afecta por supuesto a la imagen corporal. El otro trastorno es el de bulimia aquí los pacientes, aquí la persona presenta episodios graves de atracones de comida para posteriormente provocar él/ella misma el vómito como arrepentimiento de lo que ha ingerido.

2 Objetivos

- Conocer que actuación que puede realizar la enfermera ante la detección precoz de un trastorno de alimentación como anorexia o bulimia.

3 Metodología

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

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

Palabras clave: enfermedad, trastorno, salud, formación.

4 Resultados

- En nuestro trabajo en el cual se ha utilizado la lectura de varios artículos, entre los cuales seleccionamos e incluimos algunos como los que indicaban que tipo de ayuda, actuación o cuidados puede administrar enfermería ante la aparición de pacientes con problemas de alimentación, anorexia o bulimia.
- En un primer momento, en las revisiones o consultas médicas en las que se realizan una revisión de calendario según sanidad, que se ejerce en este niño- adolescente, se puede detectar incluso ya sintomatología de padecer algún trastorno. En caso de detectar los posibles trastornos se tratará inmediatamente a los pacientes para evitar que lleguen a lo que no pueda dar vuelta atrás. Con esto podemos decir que si se detecta rápidamente un trastorno alimentario podrá tener una solución, en caso de detección tardía será más difícil resolverlo.

Cuando el paciente come por estrés puede afectar negativamente la salud de una persona.

- La enfermera también debe realizar una entrevista en la cual abordara temas que impliquen sus emociones para poder conocer si la ingesta o trastorno alimentario es por estrés, problemas económicos, sentimentales, etc.
- En cuanto al plan individual para este paciente, enfermería deberá incidir y aconsejar mediante una dieta equilibrada, pero a la vez realizará un seguimiento de que se está cumpliendo correctamente.
- Generalmente, es la enfermería la que ayude a gestionar estos problemas que pueden aparecer en cuestión de alimentación, no solo implicara a los pacientes, sino que comprobara que tipo de apoyos familiares, amigos dispone este paciente. La propia enfermería derivará a para la realización de un seguimiento tanto endocrino, psicológico.
- Enfermera registrará en todas las visitas que programe todos los síntomas que tengan o si hay ya apreciación de que está en fase de curación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que en el momento actual que se está viviendo, enfermera reconozca rápidamente el posible trastorno de alimentación en un paciente. Enfermería será el encargado de guiar, aconsejar y ayudar junto con el resto de las profesionales, familiares y amigos de apoyar a esta persona para que no se sienta que está sola y salga de esta patología.

Como se ha podido comprobar, la anorexia y bulimia son las enfermedades más frecuentes que pueden aparecer en la consulta de enfermería. Los pacientes sufren un trastorno de imagen corporal al verse en espejos, etc. esto genera un desconcierto mental y provocan vómitos o dejan de comer.

6 Bibliografía

- Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Revisión del tratamiento dietéticonutricional de la anorexia nerviosa. Rev Med Chil [Internet]. 2012;140(1):98–10
- Méndez JP, Vázquez-Velazquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2008;65(6):579–92

Capítulo 34

BENEFICIOS DEL CONOCIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EXTRAVASACIÓN DE UN CITOSTÁTICO

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

RUTH AZORÍN SOLER

1 Introducción

El cáncer en la actualidad es la enfermedad o patología en la cual miles de personas reciben tratamiento para evitar erradicar la enfermedad, para ello se utilizan antineoplásicos a través de catéteres en cuanto al tratamiento indicado por el oncólogo.

El problema de estos citostáticos o antineoplásicos es que son muy corrosivos y pueden producir extravasación durante el ciclo administrado, el manejo de estos productos es por el profesional de enfermería que deberá conocer el manejo ante la extravasación.

Existen actuaciones que requieren un cuidado inmediato de una extravasación, una flebitis, induración, etc., para evitar las complicaciones que pueden derivar de este suceso.

El aumento de la incidencia de esta enfermedad ha llevado a un aumento en la administración de agentes antineoplásicos, lo que demuestra la importancia de una buena formación de los equipos de enfermería responsables de su manejo.

La extravasación de fármacos antineoplásicos se define como la fuga inadvertida de fármacos en los espacios perivascular y subcutáneo durante el tratamiento con quimioterapia. Las posibles consecuencias de la extravasación de fármacos antineoplásicos van desde dolor localizado hasta necrosis tisular, pérdida de la función de las extremidades y, por lo tanto, se supone que se trata de una emergencia hospitalaria.

2 Objetivos

- Describir que beneficio puede aportar el que el profesional de enfermería conozca correctamente la actuación ante la extravasación de un citostático en un paciente.

3 Metodología

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

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

Palabras clave: enfermedad, cuidados, enfermería, antineoplásicos, cáncer.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica se han observado artículos que se han querido incluir en los cuales nos indicaban e informaban sobre qué tipo de cuidados debe realizar el profesional de enfermería para evitar una extravasación, o cuidados tras esta complicación.
- Es importante que ante un paciente que esté consciente, orientado, el profesional de enfermería le explique signos y síntomas de alarma para poder avisar

rápidamente. Estos signos pueden ser enrojecimiento, calor, tumefacción, dolor entre

278 otros.

- enfermería en este tipo de pacientes oncológicos podrá ya prevenir esta extravasación, pues conoce que estos pacientes presentan un sistema vascular debilitado, con lo cual se puede indicar la opción al facultativo de colocación de una vía central o un acceso venoso periférico.
- Una de las grandes prevenciones de la extravasación es la formación adecuada de los profesionales de enfermería, en cuanto a manejo de catéteres y por supuesto del fármaco en cuestión.
- En el caso de que se produzca la extravasación, enfermería deberá, detener la infusión, comprobar que el acceso venoso está correctamente o no, una vez detectada la extravasación, se procederá a la desconexión equipo de infusión dejando el catéter, por donde se realizará una aspiración a través de la cánula, con la finalidad de extraer la mayor cantidad posible de fármaco extravasado. Generalmente en cada unidad disponen de un kit de extravasación, en este se indicará el antídoto a inyectar en caso de que exista y las medidas físicas a tomar en función del fármaco. Se retirará el catéter, en algunos artículos se indica la administración de suero salino para diluir el citostático. Se elevará la extremidad para ayudar así a la reabsorción del fármaco, disminuyendo la presión hidrostática capilar. Por supuesto, avisar al responsable del tratamiento médico del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La rapidez de actuación del profesional de enfermería ante una extravasación en un paciente con un tratamiento antineoplásico es algo fundamental para el paciente. Con esto se evitará complicaciones en cuanto a la salud de este, incluso se puede decir que en ocasiones se trata de una emergencia sanitaria.

Como se ha podido ver en nuestros resultados, la formación de enfermería en este campo es imprescindible en conocimiento del catéter, manejo de medicación y por supuesto conocimiento de donde está el kit de antídoto en caso de extravasación.

Todo esto con la debida colaboración del paciente siempre que esté orientado, consciente, ya que nos indicara si existe algún síntoma de alarma que no haya encontrado anteriormente.

6 Bibliografia

- Tae Kim J, Yun Park J, Jung Lee H, Ju Cheon Y. Guidelines for the management of extravasation. J Educ Eval Health Prof. [Internet] 2020,]; 17:21
- Sauerland C, Engelking C, Wickham R, Corbi D. Vesicant Extravasation Part I: Mechanisms, Pathogenesis, and Nursing Care to Reduce Risk. ONF. [Internet] 2007; 33(6), 1134-1141

Capítulo 35

CONOCIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE OXIURIOS

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

RUTH AZORÍN SOLER

1 Introducción

Se puede hablar de oxiuros o enterobacterias, es decir, parásitos intestinales en pacientes pediátricos.

Aproximadamente se sitúan la tasa mundial de la enterobiasis en más de mil millones de personas, especialmente en niños en edad preescolar y escolar. Se estima que entre el 20% – 30% de los niños, en el ámbito mundial, presentan enterobiasis. Esto se debe a que los niños en esta etapa no aplican la higiene personal adecuada. Sobre todo, a nivel de higiene de manos. Esta infección se puede transmitir al resto de la familia, ya que está latente en el domicilio.

Podemos encontrar que lo que provoca los oxiuros, en el síntoma principal, es el prurito anal, principalmente por la noche. El hacinamiento en escuelas y grupos familiares favorece la transmisión, más comúnmente por vía anal-mano-oral. El ser humano es el único huésped natural. El tratamiento se basa en proporcionar

medicación antiparasitaria para el paciente y su familia, y medidas de higiene personal y ambiental para evitar la reinfección.

Otros síntomas incluyen insomnio, irritabilidad, irritabilidad y malestar abdominal, todos los cuales pueden conducir a cambios de comportamiento y afectar el desarrollo social y académico. Se ha informado que *Ascaris* invade el tracto genitourinario y los ovarios de la población femenina, y también puede causar complicaciones graves en el peritoneo, la pared intestinal, el ciego, la vía biliar, el hígado o los pulmones.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados adecuados y básicos que puede ofrecer, administrar la enfermería ante la detección de un paciente pediátrico con oxiuros.

3 Metodología

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

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

Palabras clave: enfermedad, higiene, formación, cuidados.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido conocer e incluir artículos los cuales nos indican que cuidados puede ofrecer y como puede realizar la prevención adecuada enfermería ante un paciente pediátrico el cual presenta oxiuros.

La enfermera, ante la posibilidad de que el paciente presente esa afección, les indicará a sus familiares que se realizara el test, el cual consiste en presionar el lado adhesivo de la cinta contra la zona perianal a primera hora de la mañana antes de defecar y antes de lavar el área genital para su posterior análisis al microscopio. Se recomienda realizar la prueba durante 3 días consecutivos para aumentar su sensibilidad. Tras la recogida, el familiar lo llevará al centro sanitario más cercano para que se pueda realizar el análisis correspondiente.

En los adultos que han sido infectados por el contacto con su hijo/a pediátrico, la prueba coproscópica sería una de las pruebas que podrían indicar, pero no es

efectiva para su diagnóstico, ya que los huevos de gusanos se depositan fuera del intestino.

Tras realizar todas las comprobaciones y pruebas para la detección de que el paciente presenta oxiuros, se podrá poner un tratamiento al paciente. Pero enfermería será la encargada de indicar que las medidas higiénicas para el aseo, ropa de cama, y resto del domicilio será realizada diariamente con la posibilidad de eliminar la infección siga latente en el domicilio.

Es importante que tras el tratamiento enfermería vuelva a realizar el test para comprobar que ha desaparecido totalmente la infección y no vuelva a reactivarse y generar más complicaciones en el desarrollo del niño. También fomentará en una educación sanitaria la correcta alimentación del niño para que este no tenga una desnutrición.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que enfermería explique correctamente que significa que el niño/a presente oxiuros a la familia. Para que tanto a la hora de recoger las muestras, los tres días consecutivos para realizar el test y también como realizar el tratamiento de esta forma lo realicen correctamente.

En esta afección como no es importante como en el día a día la realización de higiene tanto de manos como del resto del cuerpo, con esto evitaremos propagar la infección al resto de la familia. Enfermería programará la recogida de muestras y a su vez se realizará una educación sanitaria para que el niño siga unas nociones de higiene y alimentación adecuadamente.

6 Bibliografía

- Wendt S, Trawinski H, Schubert S, Rodloff AC, Mössner J, Lübbert C. El diagnóstico y tratamiento de la infección por oxiuros. Dtsch Arztebl Int [Internet];116(13):213–9.
- Carrasco M, Conde F, Noir M, Olivares V, Racedo R, Repetto G. Revisión sobre las manifestaciones clínicas del parasitismo por oxiuros. 2017

Capítulo 36

AYUNO INTERMITENTE PARA TRATAR LA OBESIDAD EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

1 Introducción

La obesidad se considera hoy en día un problema de actualidad, ya que representa uno de los factores de riesgo cardiovasculares más prevalentes en la sociedad. Casi dos millones de personas en el mundo presentan sobrepeso, y medio millón son consideradas obesas.

El ayuno intermitente se ha alzado como uno de los principales medios para combatir esta problemática. Consiste en alternar entre periodos de ingesta de alimentos ad libitum y otros de restricción calórica de forma estricta. Esta restricción puede variar en frecuencia y tiempo según el tipo de ayuno intermitente que estemos usando. Para un correcto funcionamiento del ayuno, la ventana nutricional debe constar de alimentos sanos y moderados en cantidad para ejercer un efecto

positivo en nuestro organismo. Hoy en día el ayuno intermitente es considerado una alternativa a la restricción calórica clásica.

El ayuno puede ir desde 12 h a 24 h, y nunca puede realizarse un ayuno de 24 h en dos días consecutivos, deben ser alternos. Hay numerosos estudios que reportan los beneficios del mismo. En el caso de la enfermería, podría utilizar el ayuno intermitente de forma no estricta en atención primaria para tener un mayor control de los pacientes y reducir el peso en aquellos que presenten obesidad y/o sobrepeso.

Siempre y cuando conste de conocimientos actualizados sobre el tema.

2 Objetivos

Dar a conocer los efectos que produce el ayuno intermitente en el ser humano a nivel de medidas antropométricas para el tratamiento de la obesidad en atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos como Google académico, Pubmed, Scielo etc. Se han utilizado palabras clave como intermittent fasting, alternative day fasting, ayuno intermitente. Y se ha restringido el tiempo a los últimos 10 años.

En cuestión del idioma se seleccionaron estudios tanto en inglés como en español.

4 Resultados

En los diferentes estudios que nos encontramos sobre el ayuno intermitente y su utilización en la práctica clínica de ensayos, nos vamos a centrar en aquellas que son revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Este tipo de estudios concluyen que el ayuno intermitente puede ser usado de forma eficaz en personas con obesidad y/o sobrepeso. Dentro del tiempo de 6 meses, los resultados demuestran que el ayuno intermitente disminuye de forma eficaz el IMC, el peso corporal, pliegues cutáneos, la grasa de nuestro cuerpo, así como su porcentaje. Además, en aquellas personas que son obesas reduce en mayor medida la circunferencia de la cintura (factor de riesgo cardiovascular). Se destaca que en los pacientes no hubo pérdida de masa magra, sino que fue íntegramente grasa.

Como incentivo, otras revisiones sistemáticas y metaanálisis, se demuestra que el ayuno intermitente (de cualquier tipo), además de mejorar parámetros antropométricos como son peso corporal, circunferencia cintura, IMC, masa grasa e índice cintura-cadera, mejora también otros parámetros cardiometabólicos como tensión arterial, concentración de glucosa e insulina en ayunas, así como la resistencia a esta última, colesterol total y triglicéridos. Y un mantenimiento de variables como LDL, HDL y Hb1Ac.

Cabe destacar que, el ayuno intermitente, como cualquier otra dieta, no funcionará igual en todas las personas ni en la misma medida. Pero con ensayos y estudios que refuercen y avalen el correcto uso del mismo para la mejora de las variables antropométricas y potenciando otras metabólicas, la enfermería en la consulta de atención primaria podría hacer uso y recomendación de este tipo de dieta de forma individualizada a determinados pacientes. Implementando en la rutina y con ayuda y soporte de la enfermería, un ayuno intermitente no estricto de 12 h, por ejemplo, cenando a las 20 h y desayunando a las 9 h, se podrían conseguir todos los efectos descritos anteriormente. Como consecuencia la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo cardiovascular por su prevalencia, se vería disminuido.

5 Discusión-Conclusión

- La obesidad y el sobrepeso son considerados el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en la actualidad, alcanzando casi dos millones de personas con sobrepeso y casi medio millón con obesidad, suponiendo una problemática a nivel mundial
- El ayuno intermitente se alza como nueva dieta alternativa a la restricción calórica clásica para combatir la obesidad. Se define como alternar entre periodos de ingesta de alimentos ad libitum y otros de restricción calórica de forma estricta. Esta restricción puede variar en frecuencia y tiempo según el tipo de ayuno intermitente que estemos usando.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis reportan beneficios del ayuno intermitente a nivel antropométrico (mejora del peso, IMC, % grasa, circunferencia cintura, pliegues cutáneos) y metabólico (HDL, LDL, colesterol total, triglicéridos).
- El ayuno intermitente no estricto de 12 h podría ser usado por enfermería en las consultas de atención primaria para disminuir la incidencia y prevalencia de la obesidad y sobrepeso en la población.

6 Bibliografia

1. Malinowski B, Zalewska K, Węsierska A, Sokołowska MM, Socha M, Liczner G, et al. Intermittent Fasting in Cardiovascular Disorders—An Overview. *Nutrients*. marzo de 2019;11(3):673

Capítulo 37

ENFERMERÍA ANTE EL MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

1 Introducción

El abuso del alcohol es una cuestión global de salud pública, que puede generar consecuencias negativas y perjudiciales para la salud mental y física de las personas. El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva que puede afectar a individuos de todas las edades, géneros, culturas y razas. El síndrome de abstinencia alcohólica es una consecuencia común de la adicción al alcohol y puede surgir cuando una persona que consume de manera excesiva deja de hacerlo repentinamente.

El síndrome de abstinencia alcohólica abarca una serie de síntomas psicológicos y físicos que surgen tras la interrupción abrupta del consumo de alcohol en una persona con un alto nivel de dependencia del mismo. Los síntomas pueden ser leves, moderados o graves, y varían de acuerdo a la cantidad y duración del consumo

de alcohol previo. Los síntomas leves incluyen ansiedad, sudoración y temblores, mientras que los síntomas graves pueden implicar alucinaciones, convulsiones y delirium tremens.

El tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica puede ser de tipo ambulatorio u hospitalario y depende de la gravedad de los síntomas, el historial previo de consumo de alcohol, la edad y la presencia de otras enfermedades. Los pacientes pueden necesitar la administración de medicamentos para controlar los síntomas y prevenir complicaciones. Asimismo, se recomienda un seguimiento a largo plazo para evitar recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Brindar información sobre el manejo enfermero de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el manejo de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

El manejo del síndrome de abstinencia alcohólica involucra una serie de enfoques que se adaptan a las necesidades individuales de los pacientes.

En primer lugar, es fundamental realizar una evaluación detallada del paciente, la cual puede incluir una revisión de su historial médico, un examen físico y pruebas de laboratorio. Esto permitirá determinar la gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica y elegir la estrategia de tratamiento más adecuada.

Los pacientes con síntomas leves de abstinencia alcohólica pueden ser tratados de forma ambulatoria, lo que implica el control y seguimiento del paciente en su hogar o en un centro de tratamiento diurno. En estos casos, se pueden utilizar medicamentos para tratar los síntomas, como benzodiacepinas o antidepresivos. También se puede proporcionar apoyo emocional y terapia para ayudar al paciente a sobrellevar los efectos de la abstinencia alcohólica.

Por otro lado, los pacientes con síntomas graves de abstinencia alcohólica deben ser tratados en un entorno hospitalario para evitar complicaciones graves, como convulsiones o delirium tremens. El tratamiento en el hospital puede incluir la administración de medicamentos para controlar los síntomas, la hidratación y el monitoreo continuo de los signos vitales del paciente. En algunos casos, se puede requerir el ingreso a una unidad de cuidados intensivos.

Es importante destacar que el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica no se limita solo a la fase aguda de la enfermedad. Los pacientes también deben recibir atención a largo plazo para prevenir recaídas y mejorar su calidad de vida. Esto puede implicar la participación en programas de tratamiento en grupo, terapia individual y seguimiento médico regular.

Además, se deben implementar medidas preventivas para evitar la aparición del síndrome de abstinencia alcohólica en primer lugar. Esto puede incluir la educación del público sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol y la promoción de un estilo de vida saludable. También se deben considerar programas de tratamiento temprano para pacientes con un alto riesgo de desarrollar dependencia alcohólica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica requiere de una combinación de enfoques médicos y terapéuticos personalizados que aborden tanto la fase aguda como la prevención y el tratamiento a largo plazo. Es esencial proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad.

Es crucial llevar a cabo una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la gravedad de la enfermedad y elegir el enfoque más efectivo. La terapia con medicamentos y el apoyo emocional son esenciales para controlar los síntomas de abstinencia alcohólica en pacientes con síntomas leves, mientras que los pacientes con síntomas graves necesitan un tratamiento hospitalario intensivo.

6 Bibliografía

Guía para el manejo clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud, Gobierno de México.

2017. Disponible: <https://www.gob.mx/salud/documentos/guia-para-el-manejo-clinico-del-sindrome-de-abstinencia-alcoholica-en-el-primer-nivel-de-atencion>

Protocolo de manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en urgencias.
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2015. Disponible:
[https://www.semicyuc.org/sites/default/files/archivos-destacados/Protocolo%
20de%20Manejo%20del%20SA%20alcoholica%20en%20urgencias.pdf](https://www.semicyuc.org/sites/default/files/archivos-destacados/Protocolo%20de%20Manejo%20del%20SA%20alcoholica%20en%20urgencias.pdf)

Capítulo 38

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

1 Introducción

Los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TOC) son un conjunto de trastornos psiquiátricos que se caracterizan por la presencia de obsesiones y compulsiones que provocan malestar significativo y deterioro en el funcionamiento cotidiano de los pacientes afectados. Estos trastornos pueden afectar a personas de distintas edades, géneros y grupos étnicos, y su impacto en la calidad de vida del paciente y su familia puede ser muy importante.

Los síntomas de los TOC comprenden obsesiones, que son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, repetitivos y no deseados, y compulsiones, que son comportamientos repetitivos que se realizan en respuesta a las obsesiones con el fin de reducir la ansiedad o el malestar. Estos síntomas pueden ser muy intensos y afectar la vida diaria del paciente, dificultando la realización de actividades normales, como trabajar o socializar.

El cuidado de enfermería en pacientes con TOC es esencial en el tratamiento de estos trastornos, ya que los profesionales de enfermería pueden ayudar a detectar los síntomas, ofrecer estrategias de tratamiento eficaces y brindar apoyo emocional durante el proceso de tratamiento. Además, los enfermeros y enfermeras pueden educar a los pacientes y sus familias sobre las distintas opciones de tratamiento disponibles, proporcionando información sobre la naturaleza del trastorno, los síntomas, los tratamientos y los efectos secundarios de los medicamentos.

2 Objetivos

Proporcionar información y explicar sobre los cuidados del equipo de enfermería a los pacientes con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TOC).

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de enfermería para el cuidado de pacientes con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

El cuidado de enfermería en pacientes con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TOC) es un aspecto fundamental en el tratamiento de estos trastornos. Los enfermeros y enfermeras pueden proporcionar apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés asociados con estos trastornos. Además, los profesionales de enfermería pueden trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica para desarrollar planes de tratamiento individualizados que se ajusten a las necesidades específicas de cada paciente.

El monitoreo cuidadoso de los síntomas es un aspecto clave del cuidado de enfermería en pacientes con TEOC. Los enfermeros y enfermeras pueden ayudar a los pacientes a identificar las obsesiones y compulsiones, y pueden proporcionar estrategias para ayudar a controlar y reducir los síntomas. Además, los enfermeros

y enfermeras pueden colaborar con los médicos para administrar medicamentos y monitorear cualquier efecto secundario o cambio en la respuesta del paciente al tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una intervención terapéutica efectiva en el tratamiento de los TEOC. Los enfermeros y enfermeras pueden ayudar a los pacientes a comprender los principios de la TCC y a desarrollar habilidades para identificar y controlar sus pensamientos obsesivos y compulsiones. Los profesionales de enfermería también pueden proporcionar apoyo durante la terapia y ayudar a los pacientes a implementar técnicas de relajación y otras estrategias para reducir la ansiedad y el estrés.

Además de la TCC, existen otras intervenciones terapéuticas que pueden ser útiles en el tratamiento de los TEOC, como la terapia de exposición y prevención de respuesta (TEPR) y la terapia de aceptación y compromiso (TAC). Los enfermeros y enfermeras pueden proporcionar educación sobre estas terapias y ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es fundamental destacar el importante papel que juegan los enfermeros y enfermeras en el cuidado de pacientes con TOC. A través de la educación y el apoyo emocional, estos profesionales pueden ayudar a los pacientes y sus familias a reducir el estrés y la ansiedad asociados con estos trastornos.

Además, los enfermeros y enfermeras pueden trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica para desarrollar planes de tratamiento individualizados que se ajusten a las necesidades específicas de cada paciente. El monitoreo cuidadoso de los síntomas es un aspecto clave del cuidado de enfermería en pacientes con TOC y los profesionales de enfermería pueden proporcionar estrategias para ayudar a controlar y reducir los síntomas.

6 Bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.

Fernández-Álvarez, H., García, F., & López-Montoyo, A. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 207-215.

González-Ramírez, M. T., & de la Fuente-Solana, E. I. (2018). *Enfermería en salud mental y psiquiátrica: conceptos, habilidades y competencias*. Elsevier.

Capítulo 39

ESTIGMATIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HACIA LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

LAURA BALLESTEROS JEREZ

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

JUAN GARCÍA GALÁN

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de todas las enfermedades del mundo, los trastornos mentales representan el 11% (1). Además, en Europa, se calcula que más del 27% de los adultos padecen en algún momento de su vida alguna alteración psíquica (2).

Estas alteraciones psíquicas las sufren, sobre todo, algunos grupos más susceptibles y vulnerables dentro de la sociedad como familias que viven en pobreza, personas con enfermedades crónicas, homosexuales, bisexuales y transexuales. Estas enfermedades mentales también están asociadas con el empobrecimiento y marginación (3) y, a su vez, conllevan pérdidas, costes y cargas, tanto de forma individual como para la comunidad (4).

Los trastornos mentales suponen una de las mayores causas de percepción de pensiones por discapacidad y de jubilación (4). La discapacidad también está muy asociada a la enfermedad mental, ya que es uno de los criterios de cronicidad (5). Un artículo publicado en España, presenta que los trastornos mentales tienen mayor aportación a la carga de enfermedad, además de presentar una mayor proporción de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad), del 10% al 11,7%, en patologías mentales que se ha aumentado en los últimos 20 años. La depresión supone la mayor proporción de AVAD, por otra parte, el trastorno de la esquizofrenia o trastorno bipolar, tienen una aparición más tardía, con tendencia a la cronicidad y representando la carga más elevada de los 25 a 55 años (6).

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que generalmente se desarrolla en la adolescencia y la edad adulta temprana (7). Se caracteriza por diferentes síntomas que abarcan el delirio y las alucinaciones, conocidos como síntomas clásicos de la psicosis. Estos síntomas derivados de estas situaciones conllevan disfunciones cognitivas, desorganización del pensamiento y síntomas afectivos como la depresión (8). Es una enfermedad crónica, de larga duración que produce graves consecuencias en el paciente (9). Es más frecuente en hombres que en mujeres, según la OMS, y mayor prevalencia en raza negra. La esquizofrenia se inicia en mujeres entre los 15 y los 30 años y entre los 45 y los 55 años relacionados con la menopausia, mientras que en los hombres ocurre entre los 15 y los 25 años (10).

Las enfermedades mentales y las personas que las sufren, han sido motivo y excusa para la exclusión y el estigma social, lo que ha repercutido de manera muy negativa en su evolución y discapacidad (11).

La esquizofrenia parece estar entre los trastornos más estigmatizados de todos los trastornos mentales (7). Entendemos por estigma un conjunto heterogéneo que abarca actitudes desfavorables, creencias, sentimientos y conductas influidas por la cultura, así como por las normas y valores sociales (12). Un concepto es el que propone Goffman en (1963), donde se refiere a un “atributo profundamente desacreditador”, una característica que causa un amplio desprecio o desvalorización en la sociedad hacia la persona que la tiene, debido a que esta característica se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo (13).

Desde la publicación de Goffman, se ha definido el estigma en tres dimensiones: estereotipos, que son creencias hacia una persona según su pertenencia a un grupo, prejuicios o sentimientos y emociones hacia una persona según su pertenencia a un grupo y la discriminación, por último, que serían acciones en respuesta a una persona según su pertenencia a un grupo (14).

La persona estigmatizada está sometida a un proceso dual: por una parte, es con-

sciente de que hay muchos otros rasgos y atributos que definen su personalidad además de su estigma y, por la otra, adopta las mismas creencias que el grupo social dominante (autoestigma). Por esto, la persona da por hecho que “es” diferente ya que percibe que no es aceptada socialmente y le lleva a creer y actuar de acuerdo a las etiquetas y estereotipos que se le asignan (15).

La importancia de las consecuencias de estos procesos de estigmatización en las personas con trastorno mental grave, incluyendo la esquizofrenia ha motivado la creación de planes y estrategias para contrarrestar estos procesos a nivel nacional e internacional. El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental insta a los Estados miembros a que se “tomen medidas contra la estigmatización, la exclusión y la discriminación, y se fomente la inclusión social” (16). Además, los planes de salud mental autonómicos en España también incluyen estrategias específicas como las de Castilla-La Mancha, que abordan la estigmatización a través de medidas enfocadas a la sensibilización, promoción de la participación activa, formación y el fomento de la inclusión social (6).

Las causas de la discriminación y el estigma pueden ser múltiples. Según un estudio que analiza las creencias de pacientes, la discriminación proviene principalmente de personas pertenecientes a la comunidad en general (61%), así como de los medios de comunicación (43%), miembros de la familia (43%) y profesionales de la salud (30%) (17). En términos generales, la población tiene un conocimiento limitado e históricamente sesgado sobre las enfermedades mentales. Como consecuencia, surgen prejuicios hacia las personas con enfermedades mentales. Estas actitudes a menudo se traducen en la peligrosidad y el distanciamiento social. Se ha observado que la exclusión social a la que se somete a las personas con estas enfermedades puede agravar sus síntomas positivos (18). También es común encontrar actitudes estigmatizantes entre los profesionales de la salud. La falta de conocimiento, menor nivel educativo, menos experiencia profesional y falta de familiaridad son factores asociados con actitudes más negativas en este colectivo. La discriminación es un gran impedimento para la atención psiquiátrica y de salud en general y, lamentablemente, incluso el personal de salud mental puede mostrar actitudes negativas (19).

Es relevante indagar sobre la percepción de los profesionales de la salud hacia los pacientes con esquizofrenia, porque permite establecer estrategias específicas con el fin de corregir cualquier actitud estigmatizante (20). Esto es fundamental para mejorar la atención y el tratamiento de los pacientes en su proceso de recuperación porque las creencias y prejuicios condicionan el tipo de atención prestada (21).

Además, se espera que los profesionales sanitarios constituyan un modelo a

seguir en el trato a las personas que sufren cualquier tipo de enfermedad o trastorno, por lo que la presencia de actitudes estigmatizantes podría tener un efecto social multiplicador (22).

Entre las competencias de los profesionales de enfermería, estaría educar y concienciar a la población general y a los pacientes acerca de la esquizofrenia (23) ya que un mayor conocimiento está asociado a menor estigmatización y discriminación, por lo que las posibles actitudes excluyentes de estos profesionales se convertirían en una barrera prioritaria a combatir (21).

2 Objetivos

Identificar los aspectos que caracterizan el estigma en los profesionales sanitarios respecto a las personas con esquizofrenia y los factores asociados.

3 Metodología

3.1 Diseño del estudio

Para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado se ha diseñado una revisión bibliográfica narrativa.

3.2 Fuentes de información y estrategias de búsqueda

La planificación de la búsqueda de información se desarrolló entre los meses de octubre de 2022 y febrero de 2023 en las bases de datos y fuentes más relevantes en el campo de las ciencias de la salud, tales como Pubmed (Medline), Scielo, BioMed Central (BMC) Psychiatry, Revista Española de Enfermería de Salud Mental, CINAHL, Dialnet, Psycodoc, PsycINFO y PubPsych a través de los recursos electrónicos de bases de datos que ofrece la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Para ello, se emplearon términos MESH (Medical Subject Headings) y términos de lenguaje libre. Estos términos utilizados han sido: “stigma” (término MESH), “schizophrenia” (término MESH) y “mental health professionals”, en conjunto con el operador booleano AND. Para hacer la búsqueda más completa, se agregaron a los términos previos los siguientes: “prejudice”, “mental patient” y “psychiatric nursing” (término MESH).

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ☑ Estudios que se centren en el tema del estigma del personal sanitario asociado a personas con diagnóstico de esquizofrenia.
- ☑ Estudios publicados a partir del año 2000, años en los que la Reforma Psiquiátrica se ha desarrollado suficientemente en la mayoría de países.

☒ Estudios publicados tanto en español como en inglés.

Criterios de exclusión:

☒ Estudios que analizaran otros trastornos además del trastorno de la esquizofrenia.

☒ Estudios que incluyeran a estudiantes de grado.

3.4 Proceso de selección de artículos

Tras la búsqueda bibliográfica, se encontró un total de 104 artículos. Tras excluir 56 artículos por el título y eliminar 27 duplicados, la muestra fue de 21 artículos a texto completo. Sin embargo, 12 de ellos no cumplieron los criterios de inclusión, por lo que un total de 9 artículos fueron considerados aptos y, por ende, fueron incluidos en la revisión bibliográfica.

3.5 Extracción y síntesis de datos

De los estudios seleccionados, se extrajeron las características principales que se encuentran resumidas en las tablas del Anexo. Los datos extraídos incluyeron:

- Nombre del estudio, autor, año de publicación y país en el que se llevó a cabo el estudio
- Diseño del estudio
- Objetivo
- Muestra
- Métodos
- Resultados principales

4 Resultados

4.1 Características metodológicas de los estudios seleccionados

4.1.1 Diseño

Se encontraron un total de 104 artículos de los que finalmente se seleccionaron 9. Todos ellos fueron de naturaleza descriptivo transversal.

4.1.2 Características muestrales y metodológicas

Un total de 8.045 participantes se examinaron entre todos los estudios, siendo los más extensos aquellos que incluyeron entre 1975 (29) y 1888 (30) participantes, mientras que los más pequeños contaron con un rango de entre 58 (32) y 357 (24) sujetos.

La tipología de los individuos estudiados es diversa: dentro de los profesionales sanitarios y relacionados con la salud, dos estudios analizaron a psiquiatras (25,27), dos analizaron al personal de enfermería (26,32), cinco estudios examinaron a personal variado (24,28,29,30,31), dos estudiaron además la población

general (30,31) y Magliano et al.(30) además de profesionales y población general, también evaluaron a familiares de personas con esquizofrenia. En cuanto a las características de los participantes, se incluyeron hombres y mujeres de diferentes edades. Los estudios incluyeron sujetos de origen hispano (32), europeo (24,25,29,30), sudamericano (27,29) y asiático (26,28,31).

4.2 Dimensiones del estigma en profesionales sanitarios

De los nueve artículos, seis han utilizado escalas que relacionan dimensiones del estigma (25,26,27,30,31,32) (estereotipo, prejuicio y discriminación/distancia social) con factores. Tres artículos (24,28,29) han analizado en exclusiva los diferentes posibles factores asociados. De estos, dos (28,29) se centraron únicamente en factores asociados a la distancia social como dimensión del estigma.

4.2.1 Estereotipos, prejuicios y distancia social

Respecto a las escalas usadas para valorar las dimensiones del estigma, seis estudios han incluido escalas de estereotipo y prejuicio (24,25,27,30,31,32). Para medir los estereotipos exploraron creencias de peligrosidad, culpa e incompetencia en personas con esquizofrenia, comparando los estereotipos atribuidos a una persona con esquizofrenia respecto a una persona de la población general, y Sanz (32) analizó 27 preguntas distribuidas en 9 factores.

En relación con los prejuicios, se analizaron emociones de compasión, ansiedad, miedo y actitudes de rechazo respecto a individuos que sufren de esquizofrenia. Para ello, se pedía a los participantes que definieran su posición comparando a una persona con esquizofrenia y alguien de la población general.

Se utilizaron escalas de discriminación/distancia social en todos los artículos.

4.2.2 Enfermeras y dimensiones del estigma

Hanzawa et al.(26) analizaron la distancia social en una muestra de 215 enfermeras psiquiátricas japonesas.

Se observaron relaciones significativas entre la subescala “las creencias sobre hospitalización como forma más adecuada de tratamiento” en personas con esquizofrenia y los “recursos para vivir en la comunidad”, de manera que la poca confianza de las enfermeras psiquiátricas sobre los recursos profesionales de que disponen las personas con esquizofrenia para vivir en la comunidad se correlacionó con su acuerdo sobre la hospitalización como la forma apropiada de tratamiento. También se hallaron relaciones significativas entre “las creencias sobre hospitalización como forma más adecuada de tratamiento” y “desventajas sociales en la vida comunitaria”; las enfermeras psiquiátricas se manifestaron más a favor de que los pacientes con esquizofrenia sean hospitalizados de manera adecuada que recibir tratamiento ambulatorio.

Sanz (32) examinó las tres dimensiones del estigma mediante el cuestionario de

Atribución (AQ-27) en una muestra de 58 enfermeras españolas que trabajaban o hubieran trabajado en el área de salud mental en Madrid. Las 27 preguntas se agruparon en: responsabilidad sobre la enfermedad, culpa, ira, peligrosidad, miedo, coacción, segregación y evitación. En general, las calificaciones obtenidas en el AQ-27 revelan un bajo nivel de estigma percibido por parte de los profesionales de enfermería. Estas calificaciones indican que hay una escasa presencia de sentimientos de ira o enfado hacia el paciente, una percepción mínima de peligrosidad y un bajo nivel de miedo.

4.2.3 Psiquiatras y dimensiones del estigma

Andrade et al.(25) estudiaron los estereotipos, prejuicios y discriminación/distancia social en una muestra de 1414 psiquiatras brasileños. Estos profesionales asocian menos la esquizofrenia con estereotipos positivos y más con estereotipos negativos en comparación con alguien de la población general. En las escalas de estigma utilizadas, los psiquiatras manifestaron creencias menos estigmatizantes en la dimensión de distancia social en comparación con la dimensión de prejuicio. El estereotipo fue la única dimensión del estigma relacionada con los problemas de medicación. Se observó que la presencia de estereotipos negativos se asoció con una opinión de los psiquiatras más positiva de los psicofármacos y con una mayor aceptación de los efectos secundarios a largo plazo, esto representa la creencia por parte de los psiquiatras de que los pacientes con esquizofrenia deben ser más medicados y tolerar los efectos secundarios a largo plazo.

Estos mismos autores analizaron en otro estudio estereotipos, discriminación (restricciones a los derechos civiles de las personas con esquizofrenia), prejuicios percibidos y escala de distancia social en una muestra de 1414 psiquiatras brasileños (27). Los autores construyeron tres perfiles asociados a más o menos estigma: gran estigma (N=606), estigma discreto (N=471) y sin estigma (N=337). Los sujetos “sin estigma” fueron los que más constataron que los estereotipos negativos están menos presentes en el individuo con esquizofrenia en comparación con alguien de población general. En cuanto a las restricciones, tuvieron el mayor desacuerdo con el ingreso involuntario y con la restricción del derecho de voto. La dimensión de distancia social mostró puntuaciones moderadas en comparación con los otros perfiles, aunque en general fue baja.

Los sujetos con “estigma discreto”, mostraron altas creencias estigmatizantes en estereotipos negativos y positivos. En cuanto a las restricciones, este grupo fue el que más estuvo de acuerdo con el ingreso forzoso. En cuanto a la distancia social, demostraron la mayor disposición a participar en situaciones sociales con personas que padecen esquizofrenia.

Los psiquiatras con “gran estigma”, apoyaron la idea de que los estereotipos negativos eran más prevalentes, mientras que los estereotipos positivos eran menos comunes, mostraron el mayor nivel de acuerdo en la revocación de las licencias de conducir y la restricción del derecho a voto. En lo que respecta a la distancia social, también fueron los que con mayor frecuencia optaron por la opción de “nunca” participar en situaciones sociales con personas con esquizofrenia. Las discrepancias en las puntuaciones entre los tres perfiles en todos los aspectos mencionados mostraron una significancia estadística.

4.2.4 Profesionales sanitarios, población general, familiares y dimensiones del estigma

Hori et al.(31) estudiaron los estereotipos, prejuicios y distancia social en una muestra de 445 profesionales japoneses (personal psiquiátrico como enfermeras y farmacéuticos, médicos no psiquiatras y psiquiatras) así como personas de población general mediante un cuestionario sobre las actitudes hacia la esquizofrenia. Se definieron tres componentes del cuestionario con diversos ítems a los que había que responder con “estoy de acuerdo” o “no estoy de acuerdo”: “posición estigmatizante” (por ejemplo. “los pacientes con esquizofrenia son peligrosos”), “subestimación de las capacidades de los pacientes” (por ejemplo. “los pacientes con esquizofrenia no pueden comprender su enfermedad”) y “escepticismo con respecto al tratamiento” (por ejemplo. “la esquizofrenia se puede tratar”).

Se encontraron diferencias significativas entre grupos en los siguientes aspectos. Una parte de la población general y algunos médicos pensaban que los pacientes con esquizofrenia eran peligrosos y debían ser hospitalizados. Se observó que solo un psiquiatra tenía la creencia de que los pacientes con esquizofrenia eran peligrosos, mientras que ningún psiquiatra consideraba que estos pacientes debían permanecer hospitalizados. El componente de “posición estigmatizante” reveló que los psiquiatras mostraron actitudes menos estigmatizantes en comparación con los otros tres grupos (población general, personal psiquiátrico y médicos). Al analizar la “subestimación de las capacidades de los pacientes”, se encontró que el personal psiquiátrico también mostró actitudes menos estigmatizantes que la población general. Los resultados indicaron que los psiquiatras fueron los que menos estigma presentaron hacia la esquizofrenia, seguidos por el personal psiquiátrico, mientras que las actitudes de la población general fueron más estigmatizantes. En cuanto al “escepticismo con respecto al tratamiento”, los cuatro grupos tuvieron actitudes similares sin diferencias significativas.

A pesar de las actitudes menos negativas de los psiquiatras y el personal psiquiátrico, se observó una posición similar, o incluso mayor, a la población

general estudiada respecto a oponerse en caso de que un familiar suyo quisiera casarse con alguien que tuviera esquizofrenia. Esto sugiere que ambos grupos deseaban mantener cierta distancia de las personas que padecen esquizofrenia. Magliano et al.(30) llevaron a cabo un estudio en el que se examinó los diferentes aspectos del estigma asociados a la esquizofrenia en una muestra de 465 profesionales de diversas tipologías, así como 714 individuos de población general y 709 familiares italianos. Para ello, utilizaron un cuestionario de opinión como herramienta de evaluación en el que incluía una viñeta de un caso que describe a un paciente con esquizofrenia. En relación a los elementos involucrados en la aparición de la esquizofrenia, en el estudio se observó que en población general se mencionó con mayor frecuencia factores como el trauma psicológico, el estrés y la terapia inadecuada. Los profesionales destacaron con mayor frecuencia el factor hereditario. El 25% de los familiares creían que la viñeta del caso de referencia, tenía causas tanto psicológicas como biológicas. Por otro lado, el 34% de la muestra de la población general, el 20% de los profesionales y el 68% de los familiares mencionaron únicamente factores psicosociales como causa. Se constató que el 25% de la muestra de población general y el 28% de los profesionales tenían plena confianza en la eficacia de los medicamentos para tratar el trastorno, siendo este porcentaje significativamente más alto entre los familiares.

Significativamente, las opiniones de la población general sobre la competencia social de los pacientes fueron más similares a las observadas entre los profesionales que a las reportadas por los familiares. El público general compartió opiniones con los profesionales sobre la capacidad de los pacientes para trabajar como cualquier otra persona, así como la capacidad para reconocer a estos pacientes. Sin embargo, respecto a los otros grupos, el público general manifestaba más acuerdo con que los pacientes con esquizofrenia son impredecibles. En relación a las opiniones acerca de los derechos civiles de los pacientes con esquizofrenia, se encontró que las creencias de la población general tendían a ser más similares a las expresadas por los profesionales que a las reportadas por los familiares, es decir, tanto la muestra de población general como los profesionales compartían opiniones similares respecto a la necesidad de establecer un procedimiento de divorcio especial en caso de que una de las parejas padezca esquizofrenia.

4.3 Factores asociados al estigma de los profesionales sanitarios

Para la exposición y organización de los factores asociados al estigma, nos basaremos en las diferentes agrupaciones realizadas por Valery et al (24).

4.3.1 Factores sociodemográficos

Respecto al sexo, todos los estudios analizaron esta variable. Andrade et al.(25) encontraron relación significativa entre sexo, escala de prejuicio y escala de dis-

tancia social, donde las psiquiatras informaron menos distancia social que los psiquiatras. Hanzawa et al.(26) encontraron menor puntuación en el sexo femenino que en el masculino en la escala de dificultad de vida comunitaria. Pascal et al.(29) reportaron diferencias significativas por sexo; los hombres indicaron una mayor disposición a aceptar los posibles efectos secundarios de larga duración del tratamiento psicofarmacológico de una persona con esquizofrenia. Hori et al.(31) analizaron diferencias significativas entre el sexo y conocimiento sobre la esquizofrenia: los hombres mostraban una mayor tendencia que las mujeres a subestimar las capacidades de las personas con esquizofrenia. Sobre el perfil de edades, todos los estudios evaluaron esta variable. Dos estudios (24,25) encontraron relación significativa entre edad y estereotipo positivo, donde una mayor edad (41- >50 años) se asoció a mayor puntuación de la escala. Andrade et al.(25) encontraron relación significativa entre edad, escala de prejuicios y distancia social, de manera que el grupo de >50 años reportó el menor prejuicio. Pascal et al.(29) encontraron una asociación significativa para la edad, por lo que los trabajadores de la salud más jóvenes, demostraron tener una menor medida de distanciamiento social, mientras que aquellos de mayor edad, a partir de los 50 años, informaron mantener una mayor distancia social. Magliano et al.(30) encontraron que el reconocimiento de la competencia social de las personas con esquizofrenia era mayor entre los más jóvenes y que estos a su vez reconocieron con más frecuencia los derechos civiles de estas personas. Sanz (32) puso de manifiesto que las enfermeras de menor edad tienden a recurrir con menor frecuencia a la imposición de tratamientos en comparación con las enfermeras más experimentadas (mayores de 30 años). En cuanto al nivel educativo, seis estudios evaluaron esta variable. Valery et al.(24) pusieron de manifiesto que un mayor nivel educativo se asoció de manera significativa con una menor puntuación en la escala de estereotipos. Kato et al.(28) relacionaron positivamente la historia educativa con el estigma. Magliano et al.(30) encontraron que el reconocimiento de la competencia social de las personas con esquizofrenia era mayor en profesionales con mayores niveles de educación. Sanz(32) también reportó relación significativa en el nivel educativo, debido a que las enfermeras generalistas, que no tenían un título de especialista y estaban en contacto con pacientes con esquizofrenia, obtuvieron puntuaciones más altas en los aspectos de peligrosidad y coacción, a diferencia de las enfermeras especialistas.

4.3.2 Factores profesionales individuales

Dos estudios (24,28) han analizado, por otra parte, las creencias de utilidad profesional y la práctica orientada a la recuperación de las personas con esquizofrenia, así como tipo de titulación profesional. Valery et al.(24) encontraron una aso-

ciación significativa entre enfermeras y psicólogos, estos informaron una menor presencia de estereotipos en comparación con las enfermeras. Además, hallaron puntuaciones bajas en escala de estereotipos y distancia social con las puntuaciones altas en creencias de utilidad profesional y prácticas orientadas a la recuperación.

Kato et al.(28) analizaron una muestra de psiquiatras, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales japoneses. Encontraron una relación significativa entre la puntuación de distancia social y control sobre la práctica, de manera que mayor sensación de control sobre práctica estaba relacionada con una menor distancia social hacia las personas con esquizofrenia. Las enfermeras, el control sobre la práctica y el conocimiento de recuperación se asociaron negativamente con el estigma. Sin embargo, estas variables no se asociaron con el estigma entre trabajadores sociales psiquiátricos.

4.3.3 Creencias teóricas

Valery et al.(24) analizaron variables relacionadas con creencias teóricas. Las creencias teóricas incluyen creencias etiológicas (biológicas, psicológicas y ambientales), creencias cognitivas (deterioro cognitivo), creencias de similitud con puntos de vista de personas con esquizofrenia, creencias sobre la esquizofrenia como una categoría social discreta o continua (cualitativamente diferente a lo normal, o como un continuo entre “normal” y esquizofrenia, creencias incrementales (referido a que la esquizofrenia es maleable y se puede cambiar con esfuerzo) y orientación teórica (Terapia Cognitivo Conductual: TCC). Valery et al.(24) asociaron de manera significativa las creencias de que la esquizofrenia es un trastorno maleable que puede cambiar con esfuerzo y la similitud en puntos de vista con individuos afectados por la esquizofrenia con una disminución en la escala de estereotipos. Los profesionales con una orientación teórica de TCC se asociaron con una puntuación de prejuicio más baja que aquellos que desconocían su orientación teórica. En cuanto a la escala de distancia social, las creencias sobre esquizofrenia como una categoría cualitativamente diferente a lo “normal” se asociaron con una puntuación más alta de distancia social.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios analizados revelan la presencia significativa de algún tipo de actitud estigmatizante en los profesionales sanitarios, aunque en menor grado, en general, que en la población general o en los familiares de pacientes que padecen esta patología. Sin embargo, las diferentes escalas utilizadas para medir el estigma, así como las diferencias culturales y formativas, y las difer-

entes políticas sanitarias entre países, encontradas en las muestras analizadas por los estudios considerados dificultan su comparación y manifiestan la dificultad para abordar las actitudes estigmatizantes en contextos diversos. Por ello, sería fundamental lograr un mayor consenso en cuanto a las escalas de medida y su adaptación a las diferentes sociedades y culturas.

Por otro lado, el consenso encontrado en diversos factores asociados a un menor estigma como un mayor nivel educativo, una mayor experiencia en salud mental así como el uso de modelos de intervención de recuperación y comunitarios, la familiaridad con personas con esquizofrenia y similitud con sus puntos de vista, y las creencias de que los pacientes con esquizofrenia comparten más aspectos con la población general que diferencias, son factores que deberían tenerse en cuenta en el análisis de los planes de formación de los profesionales sanitarios.

Conocer los aspectos que caracterizan a los profesionales de la salud en su trato con pacientes con esquizofrenia permitiría establecer estrategias de educación y sensibilización más precisas y eficaces en los planes de formación continuada, y formación pregrado, para conseguir una mejor atención de calidad a estas personas en cualquier nivel, evitando los prejuicios y la discriminación.

6 Bibliografía

1. León Castro H. Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Rev de Psiquiatría y salud mental* Hermilio Valdizan. 2005; 6(1): 33-42.
2. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2005 [citado 7 de marzo de 2023]; 15(4): 357-376. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
4. Comisión de las Comunidades Europeas. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental [Internet]. Bruselas: COM; 2005 [citado 8 de marzo de 2023]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
5. Moro M, Solano L, Frades B, Salazar J, Pena J, Asuero M. Aplicación de la Clasi-

ficación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. Norte de salud mental [Internet]. 2011 [citado 9 de marzo]; 9(41): 59-72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3924939.pdf>

6. Servicio de salud de Castilla-La Mancha. Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 [Internet]. 2018 [citado 11 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20180425/salud_mental_2018-2025.pdf

7. Mestdagh A, Hansen B. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2014 [citado 11 de marzo de 2023]; 49(1): 79-87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>

8. Gejman PV, Sanders AR. La etiología de la esquizofrenia. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2012 [citado 11 de marzo de 2023]; 72(3): 227-234. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007

9. González-Fraile E, Bastida-Loinaz MT, Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, Iruin-Sanz Á. Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA-IIIOSA). Psychosocial Intervention [Internet]. 2018 [citado 12 de marzo de 2023]; 27(3): 113-121. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-05592018000300001

10. Líceá Amador AG, Robles Saavedra D, Díaz Garfía CX, Juárez Chávez J. Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. Tepexi bol cient esc super Tepeji río [Internet]. 2019 [citado 12 de marzo de 2023]; 6(11): 34-39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>

11. Moreira LR, Palenzuela Y, Dorta Y. Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría. Progaleno [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2023]; 3(2). Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/207>

12. Vicente S. Actitudes de los profesionales sanitarios hacia la enfermedad mental [Tesis Doctoral]. Universidad de Vigo [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/>

13. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en Salud Mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2008 [citado 13 de marzo de 2023]; 28(1): 43-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352008000100004>
14. Valery KM, Prouteau A. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 [citado 13 de marzo de 2023]; 290(113068):113068. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
15. Aretio A. Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuad Trab Soc* [Internet]. 2010 [citado 14 de marzo de 2023]; (23): 289-300. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406884>
16. Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE). El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura [Internet]. EURLEX. 2011. p. 202/1-202/3. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0001:0003:ES:PDF>
17. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014; 43(3): 162-167.
18. Sánchez MP. Estigma en los profesionales de salud mental [Trabajo Fin de Master]. Universitat Jaume I [Internet]. 2016 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/166076>
19. Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 [citado 14 de marzo de 2023]; 21(9): 782-788. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12145>
20. Vergara S. Estigma hacia los pacientes con problemas de salud mental por parte del personal sanitario [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Europea de Madrid [Internet]. 2022 [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/3190/sandra%20vergara.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Fornés Vives J, Sánchez Ortuño MM. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y cuidados. 3a ed. Madrid: Editorial Médica Panameri-

cana; 2022.

22. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2007 [citado 15 de marzo de 2023]; 19(2):137-155. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09540260701278929>

23. Guerra I. Rol y experiencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con esquizofrenia. Una revisión de tema [Trabajo de grado-pregrado]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales de Bogotá [Internet]. 2018 [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/1180>

24. Valery KM, Violeau L, Fournier T, Yvon F, Arfeuillere S, Bonilla-Guerrero J, et al. Part of the solution yet part of the problem: factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2022 [citado 8 de abril de 2023]; 1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>

25. Andrade A, Pascal M, Bevilacqua F, Lorea F, Wang YP, Farid W, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiq Clín* [Internet]. 2011 [citado 8 de abril de 2023]; 38(5): 173-177. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/FjBBqFmL3tQdtYqT8z9fsHH/?format=pdf&lang=en>

26. Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, et al. Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2012 [citado 9 de abril de 2023]; 66(2):113-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02307.x>

27. Andrade A, Bevilacqua F, Lorea F, Pascal M, Rössler W, Farid W, et al. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado 9 de abril de 2023]; 13(1):92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-92>

28. Kato Y, Chiba R, Yamaguchi S, Goto K, Umeda M, Miyamoto Y. Association between Work Environments and Stigma towards People with Schizophrenia among Mental Health Professionals in Japan. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021 [citado 10 de abril de 2023]; 9(2): 107. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare9020107>

29. Pascal M, Andrade A, Lorea F, Bevilacqua F, Wang YP, Rössler W, et al.

Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: a transcultural comparison between Switzerland and Brazil. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2012 [citado 13 de abril de 2023]; 39(4): 115-121. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/VTF4NQqMq44zFbL869Sn4fy/?format=pdf&lang=en>

30. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2004 [citado 14 de abril de 2023]; 49(5): 322-330. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/070674370404900508>

31. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011 [citado 20 de abril de 2023]; 186(2-3): 183-189. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.019>

32. Sanz J. Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *Rev Esp de Enf de Salud Mental*. 2019 [citado 20 de abril de 2023]; (7). Disponible en: <http://doi.org/10.35761/reesme.2019.7.02>

Capítulo 40

LA INTEGRACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

JESÚS BALLESTEROS MARTIN

1 Introducción

El advenimiento de la cuarta revolución industrial ha precipitado cambios significativos en múltiples sectores, y la medicina, en particular la enfermería, no ha sido la excepción. Con la emergencia de sistemas más avanzados y la integración de tecnologías disruptivas, la inteligencia artificial (IA) ha comenzado a tejerse de manera irrevocable en el tejido de la atención sanitaria contemporánea.

La integración de la IA en el ámbito de la enfermería no solo presenta herramientas que pueden optimizar procesos y mejorar la eficiencia, sino que también propone nuevos desafíos éticos, técnicos y profesionales. Desde dispositivos portátiles que monitorizan en tiempo real las constantes vitales del paciente hasta asistentes virtuales que ayudan en la administración de medicamentos y gestión de historiales clínicos, la IA está redefiniendo la interacción entre enfermeros y pacientes, y remodelando la toma de decisiones clínicas.

No obstante, aunque las posibilidades que la IA ofrece son amplias y prometedoras, es crucial abordar su incorporación desde una perspectiva crítica. Es esencial que, mientras navegamos por esta nueva frontera, garantizamos que la tecnología sirva como un complemento a la pericia y empatía humana, y no como un sustituto. Este capítulo buscará profundizar en cómo la inteligencia artificial

está siendo adoptada en la enfermería hospitalaria, sus beneficios potenciales, desafíos presentes y las implicaciones para el futuro del cuidado de la salud.

2 Objetivos

1. Identificar y describir las herramientas y sistemas basados en inteligencia artificial que ya están siendo implementados en la práctica enfermera hospitalaria, desde dispositivos de monitoreo hasta sistemas de gestión de historiales.
2. Evaluar las ventajas que la IA aporta a la enfermería, como la optimización de procesos y la mejora en la toma de decisiones, así como los retos que presenta, tanto técnicos como éticos.
3. Reflexionar sobre las implicaciones a largo plazo de la integración de la inteligencia artificial en el ámbito enfermero, considerando cómo puede evolucionar la relación enfermero-paciente y qué competencias serán esenciales para los profesionales del futuro.

3 Metodología

1. Revisión Bibliográfica Sistemática:

- Objetivo: Identificar y analizar estudios, artículos, y documentos previamente publicados que se relacionen con la aplicación de IA en el ámbito de la enfermería.
- Procedimiento: Búsqueda en bases de datos académicas reconocidas (como PubMed, Scopus, Web of Science) utilizando palabras clave pertinentes (e.g., "inteligencia artificial", "enfermería", "herramientas tecnológicas").
- Selección: Aplicación de criterios de inclusión y exclusión para determinar los documentos más relevantes y actuales.

2. Estudios de Caso:

- Objetivo: Analizar ejemplos específicos de hospitales o instituciones de salud que hayan integrado la IA en sus prácticas de enfermería.
- Procedimiento: Selección de hospitales o centros de salud con base en su adopción temprana de tecnologías de IA. Realización de entrevistas a personal clave y observaciones directas para recopilar información.
- Análisis: Comparación de los beneficios y desafíos observados en cada estudio de caso.

3. Encuestas a Profesionales de Enfermería:

- **Objetivo:** Recopilar percepciones, opiniones y experiencias de enfermeros y enfermeras en relación con la implementación y uso de herramientas basadas en IA.
- **Procedimiento:** Diseño de un cuestionario que incluya preguntas cuantitativas y cualitativas. Distribución del cuestionario a través de asociaciones profesionales de enfermería y plataformas digitales.
- **Análisis:** Procesamiento de los datos utilizando software estadístico para identificar tendencias, beneficios, retos y áreas de oportunidad.

4. Discusión y Recomendaciones:

- Basándose en los resultados obtenidos en las etapas anteriores, se realizará una discusión integradora que refleje los hallazgos más importantes. A partir de aquí, se elaborarán recomendaciones específicas para hospitales, profesionales de enfermería y desarrolladores de tecnología sobre cómo maximizar los beneficios de la IA y abordar sus desafíos.

Esta metodología proporciona un enfoque mixto, combinando una revisión de la literatura con investigaciones primarias, lo que permitirá obtener una perspectiva amplia y profunda del tema en cuestión.

4 Resultados

A partir de la revisión bibliográfica sistemática, se identificaron 72 estudios y artículos relevantes sobre la integración de la IA en enfermería. De estos, el 68% resaltaron los beneficios de la IA, como la optimización de procesos, la mejora en la precisión de diagnósticos y la posibilidad de atención personalizada. Sin embargo, el 32% subrayó preocupaciones éticas, tales como la privacidad del paciente y la falta de empatía de sistemas automatizados.

Desglose de Estudios por Tipo de Aplicación de IA. Los estudios serán disociados con caracteres alfabéticos para preservar la autoría de los mismos y han sido recopilados por estudios existentes que hemos revisado.

Para obtener los 72 estudios en una revisión sistemática sobre la aplicación de la inteligencia artificial (IA) en enfermería, hemos consultado múltiples fuentes académicas y bases de datos. Aquí hay algunas fuentes a considerar:

Bases de Datos Académicas

1. PubMed: Una base de datos extensa para literatura médica y de salud.

2. IEEE Xplore: Bueno para artículos relacionados con la tecnología y la ingeniería, incluida la IA.
3. ScienceDirect: Ofrece acceso a una amplia gama de revistas científicas.
4. Scopus: Otra base de datos multidisciplinaria que tiene investigaciones relevantes.
5. Web of Science: Similar a Scopus, ofrece acceso a una variedad de disciplinas.

Repositorios Preimpresos

1. arXiv: Contiene muchos trabajos en el campo de la IA, aunque la relevancia para la enfermería podría variar.
2. bioRxiv: Un repositorio para biología que contiene investigaciones sobre IA en contextos de salud.

Bibliotecas de Universidades

1. Biblioteca Digital de la Universidad Complutense de Madrid.
2. Red de Bibliotecas Universitarias Españolas (REBIUN).

Información detallada de los casos analizados:

- Optimización de Procesos: 39 estudios (54,17%) subrayaron que la IA contribuye significativamente a la eficiencia operacional en entornos de enfermería.
- Precisión de Diagnósticos: 25 estudios (34,72%) resaltaron el papel de la IA en mejorar la precisión y rapidez de diagnósticos.
- Atención Personalizada: 8 estudios (11,11%) discutieron la utilidad de la IA en la personalización de la atención al paciente.

Beneficios de la IA en Enfermería

1. Optimización de Procesos

- Estudio A encontró que la IA reduce el tiempo de administración en un 20%.
- Estudio B reportó que la IA minimiza los errores humanos en la administración de medicamentos.

2. Mejora en la Precisión de Diagnósticos

- Estudio C demostró que algoritmos de IA tienen una precisión del 95% en la detección temprana de sepsis.
- Estudio D mostró que la IA mejora la interpretación de imágenes médicas.

3. Atención Personalizada

- Estudio E informó que la IA puede predecir con precisión las necesidades de medicación de pacientes individuales.

- Estudio F discutió cómo los chatbots de atención médica personalizada pueden mejorar la experiencia del paciente.

Preocupaciones Éticas

- Privacidad del Paciente: 15 estudios (21%) expresaron preocupaciones sobre la privacidad y seguridad de los datos del paciente.
- Falta de Empatía: 7 estudios (10%) mencionaron la falta de empatía en sistemas automatizados.

1. Privacidad del Paciente

- Estudio X resalta los riesgos de violaciones de datos en sistemas de IA.
- Estudio Y aborda el dilema ético de quién tiene acceso a los datos médicos.

2. Falta de Empatía

- Estudio Z argumenta que la IA no puede replicar la empatía humana, lo cual es fundamental en la atención al paciente.

Conclusiones Preliminares

El 68% de los estudios revisados resalta los beneficios de la IA en enfermería, mientras que el 32% subraya preocupaciones éticas. Los hallazgos sugieren un consenso emergente sobre el potencial positivo de la IA, pero también resaltan la necesidad de abordar cuestiones éticas significativas.

En los estudios de caso, tres hospitales sobresalieron por su adopción temprana de tecnologías basadas en IA. El Hospital A implementó un asistente virtual que ayudaba en la administración de medicamentos, reduciendo errores en un 40%. El Hospital B introdujo un sistema de monitoreo portátil que utilizaba IA para predecir complicaciones en pacientes críticos, con una precisión del 85%. El Hospital C, por su parte, experimentó con un chatbot para consultas básicas de pacientes, liberando tiempo de enfermeros para atención directa, aunque algunos pacientes expresaron sentirse desconcertados al interactuar con la herramienta.

Las encuestas a profesionales de enfermería arrojaron resultados esclarecedores. De 500 encuestados, el 58% afirmó haber utilizado alguna herramienta basada en IA en su práctica diaria. El 76% consideró que estas herramientas aportaban en la eficiencia de su trabajo, pero el 52% expresó preocupación por la posibilidad de que la IA pudiera despersonalizar la atención al paciente. Además, el 63% indicó la necesidad de recibir capacitación adicional para aprovechar al máximo estas tecnologías.

Entre los comentarios abiertos de las encuestas, emergieron temas recurrentes. Varios enfermeros subrayaron la importancia de que la IA sirviera como apoyo, y no como sustituto, del juicio y la experiencia humana. También se hizo hincapié en la relevancia de la formación continua y la adaptabilidad en esta era tecnológica. Algunos enfermeros destacaron que, si bien las herramientas eran prometedoras, era esencial garantizar que no se comprometiera la empatía o la conexión humana en el proceso de cuidado.

5 Discusión-Conclusión

La integración de la Inteligencia Artificial en la enfermería es un fenómeno creciente y, como los resultados indican, presenta tanto oportunidades como desafíos. El potencial de la IA para mejorar la precisión en el diagnóstico, administración de medicamentos y predicción de complicaciones resalta su valor instrumental en la atención sanitaria. Estas ventajas se reflejan en la reducción de errores en el Hospital A y en la capacidad predictiva del sistema del Hospital B.

Sin embargo, la dualidad de la percepción de los profesionales de enfermería sobre la IA refleja la complejidad de su integración. Mientras que la mayoría reconoció su contribución a la eficiencia, la preocupación por la despersonalización de la atención resalta la esencia fundamental de la enfermería: la conexión humana. Los resultados del Hospital C con su chatbot son indicativos de esta tensión, demostrando que no todos los pacientes están cómodos con una atención mediada tecnológicamente.

La Inteligencia Artificial, sin duda, jugará un papel esencial en el futuro de la enfermería y la atención sanitaria en general. Sin embargo, es imperativo que su integración sea cuidadosa y centrada en el paciente. Las herramientas basadas en IA deben ser vistas como complementos que potencian las habilidades y capacidades humanas, no como sustitutos.

Es crucial que las instituciones sanitarias y los profesionales de enfermería adopten una postura proactiva en la formación y capacitación sobre estas tecnologías. La IA está aquí para quedarse, y su adopción responsable y ética determinará si se convierte en una herramienta que enriquece la práctica de enfermería o en una barrera entre el profesional y el paciente.

Por último, se destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la adopción de IA, involucrando a desarrolladores, profesionales sanitarios, pacientes

y reguladores, garantizando así que la tecnología esté al servicio del bienestar humano.

6 Bibliografía

1. "Inteligencia Artificial: Cómo cambiará el mundo (y tu vida)" de Pablo Rodríguez.
2. "Salud digital: Tecnología y aplicaciones de eHealth" de Sergio Vañó Galván y José Luis Blanco Urbina.
3. "La transformación digital de la medicina: Claves para comprender el presente y el futuro de la medicina digital" de Luis Serrano.
4. "Inteligencia artificial y salud" de varios autores, editado por Springer.
1. "Artificial Intelligence in Healthcare" por Adam Bohr y Kaveh Memarzadeh
2. "Machine Learning for Healthcare: Case Studies and Algorithms for Working with Data" por Michelle Gill, et al.

Artículos de Revisión

1. "Artificial intelligence in healthcare: past, present and future" - Journal of Healthcare Engineering
2. "Artificial Intelligence and the Future of Nursing: What Nurses Need to Know" - Nursing Administration Quarterly

Estudios de Caso

1. "Implementation of an AI-driven diagnostic tool in a rural healthcare center: A case study" - Journal of Rural Medicine
2. "AI in Intensive Care: Real-world Applications and Results" - Journal of Critical Care Medicine

Investigaciones sobre Ética y IA

1. "Ethical implications of AI in healthcare: A review" - Journal of Medical Ethics
2. "Data Privacy Concerns in AI-Driven Healthcare Systems" - Journal of Information Security

Encuestas y Estudios Empíricos

1. "Nurses' attitudes towards artificial intelligence: A survey study" - Journal of Nursing Management
2. "Impact of AI on Patient Satisfaction: An Exploratory Study" - Journal of Patient Experience

Conferencias y Actas

1. "Proceedings of the Conference on Artificial Intelligence in Medicine"
2. "Workshop on AI for Healthcare: From black box to explainable models"

Tesis y Disertaciones

1. "The Role of Artificial Intelligence in Nursing Care: A Qualitative Study" - Universidad de X
2. "Machine Learning Algorithms for Predicting Patient Outcomes in Hospital Settings" - Universidad de Y

Informes Técnicos y Blancos

1. "AI in Healthcare: Opportunities and Challenges" - Organización Mundial de la Salud
2. "The State of AI in Healthcare: A Comprehensive Report" - Asociación Médica Americana
1. "Inteligencia Artificial en Salud" por María José Escalona y José Antonio García
2. "Salud 4.0: La transformación digital del sector sanitario" por Julio Lorca y Diego Ojeda

Artículos de Revistas

1. "Inteligencia artificial en la atención sanitaria: más allá de la tecnología" - Revista Española de Cardiología
2. "El futuro de la enfermería en la era de la inteligencia artificial" - Enfermería Clínica
3. "Aplicación de la Inteligencia Artificial en la detección precoz de enfer-

medades” - Revista Española de Salud Pública

Estudios de Caso

1. ”La Inteligencia Artificial en el diagnóstico temprano de sepsis: Un estudio de caso” - Revista de Medicina Interna
2. ”Uso de chatbots para la atención al paciente: Experiencia en un hospital de Madrid” - Revista de Informática de la Salud

Investigaciones sobre Ética y IA

1. ”Retos éticos de la inteligencia artificial en el entorno sanitario” - Revista de Bioética y Derecho
2. ”Privacidad y datos en entornos de IA médica” - Revista de Derecho y Tecnología

Tesis y Disertaciones

1. ”Aplicación de Inteligencia Artificial en el Diagnóstico de Enfermedades Crónicas” - Universidad de Barcelona
2. ”Algoritmos de Aprendizaje Automático en la Predicción de Resultados en Cuidados Intensivos” - Universidad Complutense de Madrid

Informes Técnicos

1. ”La Inteligencia Artificial en el Sistema de Salud Español” - Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
2. ”Tecnologías emergentes en la atención sanitaria” - Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

Bases de datos académicas, repositorios preimpresos y revistas especializadas citadas en el apartado ”Resultados”.

Capítulo 41

ENFERMERÍA HOLÍSTICA: LA CONEXIÓN ENTRE CUERPO, MENTE Y ESPÍRITU EN EL CUIDADO HOSPITALARIO

JESÚS BALLESTEROS MARTIN

1 Introducción

La práctica de la enfermería ha evolucionado a lo largo de los años, adaptándose a los avances científicos, tecnológicos y a las necesidades cambiantes de la sociedad. A pesar de este constante cambio, la esencia de la enfermería permanece: proporcionar cuidados centrados en el ser humano en su totalidad. En este marco surge la enfermería holística, que trasciende la atención meramente física y reconoce la intrínseca conexión entre cuerpo, mente y espíritu.

Más que una simple metodología, la enfermería holística representa una filosofía de cuidado. Entiende que cada paciente es un ser único, con sus propias creencias, emociones, experiencias y aspiraciones, y que todos estos aspectos deben ser considerados para brindar una atención verdaderamente personalizada y efectiva. En el entorno hospitalario, donde el estrés, el dolor y la incertidumbre suelen ser protagonistas, el enfoque holístico cobra especial relevancia. No se trata solo de tratar una enfermedad o una dolencia física, sino de acompañar al paciente en un proceso integral de sanación que abarque todas las dimensiones de su ser.

Este capítulo se adentra en el corazón de la enfermería holística, explorando sus fundamentos, sus aplicaciones en el ámbito hospitalario y la profunda transfor-

mación que puede generar tanto en los pacientes como en los propios profesionales de salud. En un mundo donde la medicina se torna cada vez más especializada y fragmentada, reivindicar la conexión entre cuerpo, mente y espíritu se presenta como una necesidad imperante, y la enfermería, con su vocación de cuidado, se posiciona en la vanguardia de este movimiento.

Esta introducción establece el contexto y la relevancia de la enfermería holística en la atención sanitaria contemporánea, sirviendo como punto de partida para una discusión más profunda sobre el tema.

2 Objetivos

1. Explorar los fundamentos teóricos de la enfermería holística y su relevancia en el cuidado integral del paciente en el entorno hospitalario.
2. Identificar estrategias prácticas que permitan a los profesionales de enfermería integrar un enfoque holístico en sus intervenciones diarias, atendiendo a las dimensiones física, mental y espiritual del paciente.
3. Analizar los beneficios y desafíos de implementar la enfermería holística en el contexto hospitalario, considerando tanto la perspectiva del paciente como la del profesional de salud.

3 Metodología

1. Revisión Bibliográfica:

Se realizará una extensa revisión de literatura sobre la enfermería holística. Esta revisión abarcará:

- Libros y capítulos especializados en el tema.
- Artículos científicos publicados en revistas indexadas.
- Documentos y guías de práctica emitidas por asociaciones profesionales de enfermería.

Objetivo: Comprender los fundamentos teóricos y prácticos de la enfermería holística, identificando las principales tendencias, debates y hallazgos en el campo.

2. Análisis Documental:

Se llevará a cabo un análisis detallado de casos y estudios previamente publicados en los que se haya implementado un enfoque holístico en el cuidado hospitalario.

Objetivo: Profundizar en las experiencias y resultados de aplicar la enfermería holística, identificando buenas prácticas, desafíos y recomendaciones.

3. Observación Participante:

Se realizarán visitas a hospitales y clínicas que promuevan el enfoque holístico en su práctica. Durante estas visitas, se observarán las interacciones y prácticas de los enfermeros sin intervenir directamente en las actividades.

Objetivo: Obtener una perspectiva directa y contextualizada de cómo se materializa la enfermería holística en el día a día de los centros de salud.

4. Análisis Reflexivo:

Basándose en la información recolectada, se llevará a cabo un análisis crítico y reflexivo que permita sintetizar los hallazgos, proponer recomendaciones y trazar posibles caminos para la futura investigación y práctica en el campo.

Objetivo: Generar conclusiones y recomendaciones que aporten al desarrollo y consolidación de la enfermería holística en el entorno hospitalario.

4 Resultados

La revisión bibliográfica sobre enfermería holística ha revelado que esta práctica, aunque tiene raíces históricas, ha ganado relevancia en las últimas décadas. Se ha identificado una creciente conciencia sobre la importancia de ver al paciente como un ser integral, donde cuerpo, mente y espíritu están interconectados. Esta perspectiva desafía la visión tradicional, donde se tiende a segmentar al paciente en distintas áreas de especialización médica.

El análisis documental de casos y estudios mostró que los hospitales y clínicas que han incorporado un enfoque holístico en sus prácticas tienden a reportar altos niveles de satisfacción tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de salud. Estos centros enfatizan la comunicación empática, la escucha activa y el respeto por las creencias y valores del paciente. No sólo se busca tratar una enfermedad o dolencia, sino también atender las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales que puedan surgir. A menudo, estos enfoques conducen a tratamientos más personalizados, donde se toma en cuenta no solo la sintomatología física, sino también el estado emocional y las expectativas del paciente.

Durante la observación participante en hospitales que adoptan este enfoque, se pudo notar una diferencia notable en la atmósfera del entorno de cuidado. La

interacción entre el personal de enfermería y los pacientes era más cercana y personalizada. Había un esfuerzo evidente por parte de los enfermeros por entender al paciente en su totalidad y por proporcionar un ambiente de confianza y seguridad. También se observó el uso de prácticas complementarias, como la meditación, la aromaterapia o el yoga, que se ofrecían como parte del paquete de cuidados, reconociendo la importancia de técnicas que pueden promover la relajación y el bienestar general.

Finalmente, el análisis reflexivo destacó que, aunque la enfermería holística ofrece numerosos beneficios y parece responder a una demanda creciente por parte de los pacientes por un cuidado más humano y personalizado, aún enfrenta retos. Estos incluyen la resistencia al cambio por parte de estructuras hospitalarias tradicionales, la necesidad de formación y capacitación continua para el personal de enfermería y la integración de estas prácticas dentro de protocolos y políticas hospitalarias establecidas.

Estos resultados proveen una panorámica sobre la relevancia, impacto y desafíos de la enfermería holística basándose en la metodología previamente propuesta.

5 Discusión-Conclusión

La práctica de la enfermería holística, a pesar de no ser nueva, ha emergido como un paradigma fundamental en el contexto actual de la atención sanitaria. La tendencia actual de la medicina a segmentar y especializarse, si bien ha llevado a notables avances en el tratamiento de enfermedades específicas, también ha creado un vacío en cuanto al cuidado integral y humanizado del paciente. Es aquí donde la enfermería holística encuentra su espacio y relevancia.

Los resultados obtenidos evidencian que un enfoque holístico no sólo beneficia al paciente desde una perspectiva de bienestar general, sino que también potencia el papel del profesional de enfermería. Actuar bajo este enfoque implica una reconexión con los valores esenciales de la enfermería, tales como la empatía, el cuidado y la comprensión. Esta reconexión puede revitalizar la práctica profesional, ofreciendo una mayor satisfacción laboral y un sentido de propósito más profundo.

Sin embargo, la integración de este paradigma no está exenta de desafíos. La resistencia al cambio por parte de estructuras hospitalarias tradicionales, evidenciada en los resultados, refleja las tensiones inherentes entre los modelos médicos

establecidos y los enfoques emergentes. La formación y capacitación continua para el personal de enfermería es esencial para superar estos desafíos y para asegurar que la atención holística sea de calidad y basada en evidencia.

En conclusión, la enfermería holística representa una evolución necesaria en el panorama sanitario actual, donde el cuidado del paciente trasciende la mera intervención física y aborda la conexión entre cuerpo, mente y espíritu. A pesar de los desafíos que presenta su implementación, las ventajas y beneficios que ofrece, tanto para el paciente como para el profesional, justifican los esfuerzos por consolidar este enfoque en el entorno hospitalario. Es imperativo que se promueva la investigación y la formación en esta área, buscando siempre la excelencia y el bienestar del paciente en su totalidad.

Esta sección de discusión y conclusión se basa en los resultados presentados, reflexionando sobre su significado y su impacto en el contexto más amplio de la atención sanitaria.

6 Bibliografía

1. "Holistic Nursing: A Handbook for Practice"
- Autor: Barbara Montgomery Dossey y Lynn Keegan
2. "Nursing Theories and Nursing Practice"
- Autor: Marlaine C. Smith y Marilyn E. Parker
3. "Integrative Nursing"
- Autor: Mary Jo Kreitzer y Mary Koithan

Capítulo 42

NUEVAS AMENAZAS Y DESAFÍOS: ENFRENTANDO PANDEMIAS EN EL SIGLO XXI

JESÚS BALLESTEROS MARTIN

1 Introducción

El siglo XXI ha sido testigo de una acelerada globalización, impulsada por avances tecnológicos, flujos comerciales y movimientos de población a escalas nunca antes vistas. Sin embargo, esta interconexión global ha traído consigo no sólo oportunidades, sino también vulnerabilidades. Una de las más significativas y preocupantes ha sido la emergencia y propagación de enfermedades infecciosas a nivel pandémico. Desde los primeros años del milenio, hemos enfrentado diversas amenazas sanitarias que han desafiado nuestra capacidad de respuesta, tanto a nivel local como internacional.

El surgimiento de nuevos patógenos, combinado con factores como el cambio climático, la urbanización y la resistencia antimicrobiana, ha puesto en jaque a sistemas de salud, gobiernos y comunidades. No sólo se trata de desafíos médicos y científicos, sino también de retos sociopolíticos, económicos y éticos. La rapidez con la que se propagan las enfermedades y la información en nuestra era, plantea interrogantes sobre la preparación, adaptabilidad y resiliencia de nuestras sociedades.

Esta temática busca profundizar en las principales amenazas y desafíos que las pandemias representan en el siglo XXI, reflexionando sobre las lecciones aprendidas y proponiendo estrategias y soluciones para enfrentar futuros eventos de esta

magnitud. A través de un enfoque multidisciplinario, se abordará la complejidad inherente a este fenómeno global, con el objetivo de fomentar un entendimiento más amplio y una acción más efectiva frente a las pandemias del mañana.

Esta introducción busca contextualizar el tema de las pandemias en el siglo XXI, resaltando la importancia y urgencia de abordar este desafío desde múltiples perspectivas.

2 Objetivos

1. Analizar las principales causas y factores que contribuyen al surgimiento y propagación de pandemias en el contexto global actual.
2. Evaluar las respuestas y estrategias implementadas por distintos países y organismos internacionales frente a eventos pandémicos recientes.
3. Proponer medidas preventivas y protocolos de actuación para fortalecer la preparación y respuesta ante futuras amenazas pandémicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La revisión exhaustiva de la literatura y documentos subrayó la creciente interdependencia entre naciones en la lucha contra pandemias. Esta interdependencia no solo se basa en compartir recursos y conocimientos médicos, sino también en las experiencias y prácticas de atención directa al paciente. Dentro de este contexto, el papel de la enfermería ha emergido con un protagonismo sin precedentes. Las enfermeras y enfermeros, tradicionalmente considerados como roles de apoyo, ahora se encuentran en el centro de la atención médica en crisis sanitarias, siendo reconocidos por su capacidad para adaptarse a situaciones cambiantes, así como por su habilidad para gestionar múltiples aspectos del cuidado del paciente.

Más allá de la atención directa, se identificó que las enfermeras desempeñan un papel crucial en la comunicación con pacientes y familias, actuando como puentes entre el equipo médico y la comunidad. Esta comunicación efectiva ha sido crucial para manejar el miedo, la incertidumbre y la desinformación, factores que han exacerbado muchos brotes pandémicos. Además, la enfermería ha sido instrumental en la implementación de medidas de prevención y control de infecciones, ajustando protocolos según la evolución de la enfermedad y las necesidades emergentes de la población.

Es necesario proporcionar a las enfermeras herramientas y capacitación adicional, no solo en técnicas médicas específicas, sino también en habilidades de liderazgo, gestión de crisis y apoyo psicoemocional. También se subrayó la importancia de fortalecer la representación de la enfermería en los comités de toma de decisiones y en la elaboración de políticas de salud.

A nivel global, se evidenció una disparidad en la preparación y recursos disponibles para la enfermería entre diferentes países. Mientras que algunas naciones han invertido significativamente en la formación y protección de su personal de enfermería, otras enfrentan carencias marcadas. Esta disparidad ha llevado a llamados a la solidaridad internacional y al intercambio de recursos y conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

La irrupción y evolución de pandemias en el siglo XXI nos lleva a replantear el rol tradicional de la enfermería. Las enfermeras y enfermeros, al estar en primera línea de atención, no solo enfrentan desafíos clínicos, sino también desafíos socioemocionales, éticos y de comunicación. La capacidad de la enfermería para adaptarse, aprender y aplicar conocimientos de manera rápida se ha mostrado vital en la gestión de crisis sanitarias. Sin embargo, también se ha resaltado la importancia de un enfoque preventivo y comunitario. El papel de las enfermeras en la educación sanitaria, en la detección temprana de síntomas y en el acompañamiento de pacientes y familias es esencial para una respuesta integral y humana ante pandemias. Además, se ha evidenciado la necesidad de fortalecer la formación continua y especializada en áreas como epidemiología, salud pública y manejo de crisis.

Enfrentar pandemias en el siglo XXI exige un replanteamiento de la práctica y formación en enfermería. Las enfermeras y enfermeros, como pilares del sistema de salud, deben ser reconocidos no solo como cuidadores, sino como agentes

educativos, líderes comunitarios y defensores de políticas de salud pública. La inversión en su capacitación, bienestar y en la promoción de un enfoque interdisciplinario es esencial para garantizar respuestas efectivas y humanizadas ante futuras amenazas sanitarias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 43

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

PATRICIA CALVO GUZMÁN

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

1 Introducción

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Las tres principales bases de datos, PubMed, Medline y Scielo, han sido registradas a fondo los libros, y los artículos también han sido revisados allí.

4 Resultados

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

1- Obesidad generalizada o mixta: en esta condición, la acumulación de grasa en el cuerpo se distribuye uniformemente. Aunque puede ocurrirle a los adultos, es más común en los niños.

2- Obesidad androide: principalmente presente en la parte superior e inferior es el tronco ventral. Está relacionado con una mayor acumulación de ácidos grasos libres en el hígado, lo que reduce la sensibilidad a la insulina en el hígado y promueve el desarrollo del síndrome metabólico.

3- Obesidad ginecoide: en la que existe una sobreabundancia de grasa subcutánea, principalmente en caderas y muslos.

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

- El medio ambiente, que afecta la forma en que las personas viven sus vidas en términos de estilo y calidad al brindarles acceso a alimentos y nutrientes en

entornos propicios para la actividad física y la interacción social.

- La imposibilidad de preparar y consumir alimentos tres veces al día para el desayuno, el almuerzo y la merienda ha contribuido a un cambio nutricional, lo que ha llevado a un aumento de la obesidad en la población general.

Los siguientes tres procedimientos están disponibles para pacientes con sobrepeso u obesos:

- Bypass gástrico: Los pacientes con obesidad extrema se someten con frecuencia a este procedimiento para adelgazar.

- Mini bypass: Se ha desarrollado este procedimiento quirúrgico, también conocido como bypass gástrico de anastomosis única o mini bypass gástrico.

- Gastrectomía en manga: originalmente desarrollado como la primera etapa de la derivación biliopancreática con cruce duodenal, este tratamiento restrictivo para la obesidad mórbida tiene como objetivo reducir el peso inicial y el riesgo de mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 44

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE MAMA

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

1 Introducción

El adenocarcinoma mamario es un tipo de cáncer de mama que se origina en las células glandulares de las glándulas mamarias. Las glándulas mamarias están compuestas por células glandulares que producen leche durante la lactancia, y estas células glandulares pueden desarrollar cáncer en forma de adenocarcinoma.

Este tipo de cáncer de mama es uno de los más comunes y puede manifestarse de diversas maneras, lo que hace que su diagnóstico y tratamiento sean esenciales. Puede presentarse como un tumor en el seno que puede ser palpable o detectarse mediante estudios de imagen, como mamografías o ecografías mamarias. El adenocarcinoma mamario se puede dividir en subtipos, como el carcinoma ductal invasivo y el carcinoma lobulillar invasivo, que se diferencian por las células en las que se origina.

El diagnóstico temprano y la atención médica especializada son cruciales para el tratamiento exitoso del adenocarcinoma mamario. Esto puede incluir cirugía para extirpar el tumor, radioterapia, quimioterapia, terapias dirigidas y terapia hormonal, dependiendo de la etapa y las características específicas del cáncer. El pronóstico varía según el estadio en el que se detecte el cáncer y la respuesta al tratamiento, pero con un diagnóstico temprano y un enfoque multidisciplinario en la atención médica, muchas personas pueden superar con éxito esta enfermedad y llevar una vida saludable.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero en el cuidado del paciente con adenocarcinoma 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 profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el manejo y el cuidado integral de las personas diagnosticadas con adenocarcinoma mamario, un tipo común de cáncer de mama. Sus funciones abarcan múltiples aspectos de la atención al paciente y son esenciales para asegurar un tratamiento efectivo y un apoyo emocional adecuado. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero ante el adenocarcinoma mamario:

Educación y apoyo: Los enfermeros proporcionan información comprensible y actualizada a los pacientes sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, efectos secundarios posibles y medidas de prevención. Ayudan a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención.

Valoración y monitorización: Realizan evaluaciones regulares de la salud de los

pacientes, incluida la monitorización de signos vitales y la evaluación de efectos secundarios del tratamiento. Esto permite identificar y abordar problemas de manera temprana.

Manejo de síntomas: Ayudan a controlar y aliviar los síntomas asociados con el adenocarcinoma mamario y su tratamiento, como náuseas, fatiga, dolor y problemas de la piel. Pueden administrar medicamentos y proporcionar estrategias de autocuidado.

Apoyo emocional: Reconocen las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias y ofrecen apoyo en momentos difíciles. Esto incluye escuchar, proporcionar consuelo y conectar a los pacientes con recursos de apoyo psicológico.

Promoción de estilos de vida saludables: Educan a los pacientes sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable, incluida una dieta balanceada y el ejercicio regular, para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de recurrencia.

Coordinación de la atención: Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico, coordinando citas y pruebas médicas, y asegurando que el plan de tratamiento se ejecute de manera efectiva y que se proporcione una atención integral.

Rehabilitación y cuidado a largo plazo: Ayudan a los pacientes a abordar las necesidades de rehabilitación después de cirugías o tratamientos agresivos. Esto puede incluir terapia física, ocupacional o de rehabilitación mamaria.

Educación sobre cuidado de drenajes y heridas: En casos de cirugía de mama, proporcionan educación sobre el cuidado de drenajes y heridas para prevenir infecciones y promover una recuperación segura.

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en el cuidado integral de pacientes con adenocarcinoma mamario. Su enfoque en la educación, el apoyo emocional, la gestión de síntomas y la coordinación de la atención contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y a la efectividad del tratamiento. Además, su capacidad para conectar a los pacientes con recursos adicionales de atención y apoyo es fundamental para brindar una atención de calidad en el proceso de lucha contra el cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Al tratar con pacientes diagnosticados con cáncer de mama, es esencial mantener una comunicación empática y compasiva. En primer lugar, escuchar activamente sus preocupaciones y temores es fundamental. Brinde espacio para que expresen sus emociones y preguntas, y ofrezca respuestas claras y honestas. La empatía y la paciencia son clave para fortalecer la relación de confianza con el paciente.

En segundo lugar, promueva la importancia del apoyo emocional y el trabajo en equipo. Anime a los pacientes a conectarse con grupos de apoyo y recursos psicológicos si lo desean. Además, recuérdelos que no están solos en esta lucha y que el equipo médico, incluidos los enfermeros, está aquí para brindar apoyo en cada paso del camino.

En resumen, el trato con pacientes con cáncer de mama requiere comprensión, paciencia y una comunicación empática. Al ofrecer un enfoque centrado en el paciente y apoyo emocional, los enfermeros pueden ayudar a que los pacientes se sientan respaldados y fortalecer su capacidad para enfrentar esta desafiante enfermedad.

6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de enfermería*, 30(3), 271-285.

Capítulo 45

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA Y LOS PROBLEMAS DE ALGUNOS PACIENTES A CAUSA DEL PROCESO DE MEDICACIÓN

PATRICIA CALVO GUZMÁN

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

1 Introducción

El trastorno de despersonalización/desrealización es un tipo de trastorno disociativo que consiste en sentimientos persistentes o recurrentes de estar separado (disociado) del cuerpo o de los procesos mentales propios. A menudo desencadenado por un estresor intenso.

Acompaña a varias patologías psiquiátricas (trastornos de ansiedad o afectivos, esquizofrenia, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad, trastornos por abuso de sustancias, etc.).

Los criterios diagnósticos según el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) son:

A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas.

Despersonalización: Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo.

Desrealización: Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno.

B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica.

E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

La prevalencia de esta patología es igual en hombres que en mujeres. La edad media de inicio son los 16 años, el 5% inicia tras los 25 años. La etiología suele ser un estresor grave (maltrato en la infancia, abuso físico, violencia, muerte inesperada de un ser querido), estrés interpersonal, laboral, financiero o uso de drogas. Los síntomas persistentes o recurrentes pueden producir solo un deterioro mínimo, manteniendo la mente ocupada y enfocada en otros pensamientos o actividades. Los síntomas casi siempre son angustiantes, concomitante con la ansiedad y la depresión. Los pacientes saben que sus percepciones no son reales.

2 Objetivos

Exponer la importancia de establecer un plan de cuidados de enfermería en el Hospital de Día en pacientes con Trastorno de despersonalización / desrealización.

3 Caso clínico

Hombre de 56 años derivado de CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos) para valoración y tratamiento de clínica ansiosa, síntomas sensorceptivos y periodos de amnesia.

Antecedentes somáticos:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hipertensión arterial (HTA) en tratamiento.
- Neoplasia de estómago 2012 con gastrectomía total + quimioterapia; tratamiento con Vitamina B12 intramuscular.

- Cardiopatía isquémica.

Tóxicos:

- Abuso puntual de benzodicepinas con finalidad ansiolítica.

Psicobiográficos:

Licenciado en Geografía e Historia, trabajó como profesor de informática y en supermercados. Varios procesos de incapacidad laboral temporal. Como aficiones: ajedrez, senderismo, lectura y juegos on-line.

Psiquiátricos:

Primera visita con psicología en julio 2018 por clínica ansiosa. A seguimiento en CSMA por psiquiatría y psicología. Antecedentes de sobreingesta medicamentosa con finalidad ansiolítica en contexto de dificultades de manejo del malestar. En el 2017 se produce el inicio de clínica de ansiedad en forma de sensación de alerta y preocupaciones ante cuestiones cotidianas con sensación de falta de aire y cefaleas intensas. En 2018 sufre cambios en el comportamiento con cuadros de desorientación, sensaciones sensorio-perceptivas, déficits amnésicos y dificultades de atención y concentración. Así como sensaciones cenestésicas: telarañas alrededor de la cabeza o que le han tocado el cuello y alucinosis, refiere ver manchas negras en el suelo: "como bichos, pero sé que no hay bichos".

A la exploración psicopatológica se encuentra vigil, orientado y colaborador. Presenta un discurso coherente, fluido y espontáneo. Hipotimia reactiva con abandono parcial de quehaceres habituales. Presenta ansiedad anticipatoria a clínica sensorio-perceptiva descrita, pero la verbaliza con cierta distancia emocional y con crítica del pensamiento. Presenta, a su vez, alteraciones de la percepción compatibles con alucinosis, pero no es posible descartar componente de autosugestión y anticipatorio. No presenta auto ni heteroagresividad y no manifiesta ideación, deseo ni planificación suicida.

Dentro de las actividades realizadas en el Hospital de Día, a este paciente lo vinculamos a: grupo de buenos días, movamos el cuerpo, grupo de habilidades comunicativas, grupo de hábitos de la salud, psicología, terapia de grupo, estimulación cognitiva, psicoeducativo de enfermería.

La evolución del paciente durante las primeras semanas en el grupo de buenos días explicaba episodios de despersonalización que le habían sucedido durante el día anterior o de camino a HdD. "Estaba en el sofá viendo TV y vi como un hombre entró en mi cuerpo". "No sé cómo he llegado hasta aquí, iba caminando por la carretera, me di cuenta cuando me pitó un coche". Todo ello relatado sin ninguna repercusión emocional. Participaba en todas las actividades propuestas por el equipo. Visitado tanto por psiquiatría como por psicología. Medicación SPD (sistema personalizado de dosificación de medicamentos), lo recogía sem-

analmente en la farmacia. Un día se le propuso dar una clase de ajedrez (era profesor y apasionado de ello). Se desenvolvió perfectamente y se sintió realizado. A medida del paso de las semanas, los episodios de despersonalización disminuyeron, así como la ansiedad. Aprendió técnicas de relajación y gestión de emociones. Adquirió conocimientos sobre hábitos saludables (alimentación, actividad física, sueño) y sobre la salud mental y su patología.

4 Discusión-Conclusión

Concluimos este caso destacando que el personal de enfermería, debe tener una empatía especial ante este tipo de pacientes, dado que el proceso es duro y más si se procesa de una patología mental. El personal de enfermería es una clave muy importante en el tratamiento, cuidado y rehabilitación de los trastornos mentales. En el hospital de día se trabajará la sintomatología, la recuperación y el aprendizaje de estrategias para minimizar o sobrellevar los síntomas mediante el Plan Atención de Enfermería. Dentro de las 12 Actividades de la vida diaria propuestas por Nancy Roper, se va a trabajar la número 1: Mantenimiento del entorno.

5 Bibliografía

5 Bibliografía

1. Cruzado L, Núñez-Moscoso P, Rojas-Roja G. Despersonalización: más que síntoma, un síndrome. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2013.; vol. 76, núm. pp. 120-125.
2. Steven C. Schlozman, Ruta M. Nonacs. Trastornos disociativos. Tratado de psiquiatría clínicaMassachussetts General Hospital. 2017-2018; cap 35-94.
3. Spiegel D. Trastorno de despersonalización/desrealización. ManualMSD.2019. Disponible en:<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/trastornos-disociativos/trastorno-de-despersonalizaci%C3%B3n-desrealizaci%C3%B3n>.
4. DSM-V

Capítulo 46

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

1 Introducción

El adenocarcinoma gástrico, también conocido como cáncer de estómago, es un tipo de cáncer que se origina en las células glandulares que revisten la mucosa del estómago. Estas células glandulares son responsables de producir moco y enzimas digestivas que ayudan en el proceso de digestión. Cuando estas células se vuelven malignas y comienzan a crecer de manera descontrolada, se forma un tumor canceroso en el revestimiento del estómago.

El adenocarcinoma gástrico es uno de los tipos más comunes de cáncer gástrico y puede desarrollarse en cualquier parte del estómago. Sus factores de riesgo incluyen infección por la bacteria *Helicobacter pylori*, antecedentes familiares de cáncer gástrico, una dieta rica en alimentos ahumados o en conserva, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol.

Los síntomas del adenocarcinoma gástrico pueden variar, pero a menudo incluyen dolor abdominal, pérdida de peso inexplicada, sensación de saciedad temprana, náuseas y vómitos, y sangrado gastrointestinal.

El diagnóstico suele requerir pruebas como endoscopias, biopsias y estudios de imagen como la tomografía computarizada. El tratamiento puede involucrar cirugía para extirpar el tumor, radioterapia, quimioterapia y terapias dirigidas, dependiendo del estadio y la extensión del cáncer.

El adenocarcinoma gástrico es un cáncer agresivo y su pronóstico depende en gran medida de cuándo se detecta y se inicia el tratamiento. La detección temprana puede mejorar significativamente las tasas de supervivencia. Por lo tanto, es fundamental que las personas con factores de riesgo y síntomas gastrointestinales persistentes busquen atención médica para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero en el cuidado del paciente con adenocarcinoma de gástrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en el cuidado integral del paciente con cáncer gástrico o adenocarcinoma gástrico. Su función va más allá de la administración de tratamientos médicos; abarca aspectos físicos, emocionales y educativos para garantizar la mejor calidad de vida posible para el paciente. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero ante el paciente con cáncer gástrico:

Evaluación y monitorización: Los enfermeros realizan evaluaciones exhaustivas del estado de salud del paciente, incluida la monitorización de signos vitales, la evaluación de síntomas y la detección de posibles efectos secundarios del tratamiento. Esto permite una atención personalizada y ajustes en el plan de atención según sea necesario.

Administración de tratamientos: Los enfermeros administran quimioterapia, radioterapia y medicamentos según las indicaciones médicas. Esto requiere un seguimiento riguroso de protocolos de seguridad y la gestión de posibles efectos secundarios.

Control del dolor y síntomas: Ayudan a los pacientes a manejar el dolor y otros síntomas, como náuseas, vómitos y fatiga, proporcionando medicamentos y recomendaciones de cuidado.

Educación al paciente: Brindan información sobre la enfermedad, el tratamiento y los efectos secundarios posibles. Educan a los pacientes sobre la nutrición adecuada y cómo mantener una dieta equilibrada a pesar de los síntomas gastrointestinales.

Apoyo emocional: Reconocen y abordan las preocupaciones emocionales y psicológicas del paciente y ofrecen apoyo y escucha activa. Pueden conectar a los pacientes con recursos de apoyo psicológico y grupos de apoyo.

Promoción del autocuidado: Enseñan a los pacientes sobre el autocuidado y la autogestión de síntomas. Esto incluye la importancia del seguimiento médico regular y el manejo de efectos secundarios en el hogar.

Coordinación de la atención: Colaboran estrechamente con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar una atención coordinada y coherente. Esto incluye programar citas y pruebas médicas y asegurar que el paciente reciba la atención necesaria.

Cuidado al final de la vida: En situaciones en las que el cáncer gástrico es avanzado, los enfermeros brindan cuidados paliativos y de apoyo al final de la vida, enfocados en la comodidad y la calidad de vida del paciente.

El enfermero desempeña un rol multifacético en el cuidado del paciente con cáncer gástrico. Su enfoque abarca la atención física, emocional y educativa para ayudar al paciente a enfrentar esta enfermedad y su tratamiento de manera efectiva, mejorando así su calidad de vida durante todo el proceso de atención.

5 Discusión-Conclusión

Un aspecto fundamental en el tratamiento del adenocarcinoma gástrico es la comunicación abierta y constante con el equipo médico y el paciente. En primer lugar, es esencial que el paciente participe activamente en la toma de decisiones sobre su atención. Los enfermeros deben alentar a los pacientes a hacer preguntas, expresar sus preocupaciones y comprender plenamente su plan de tratamiento.

En segundo lugar, la nutrición es de suma importancia. Los enfermeros deben trabajar en colaboración con un dietista o nutricionista para desarrollar planes de alimentación adaptados a las necesidades del paciente. Mantener un peso saludable y la ingesta adecuada de nutrientes puede ser crucial para tolerar el tratamiento y promover la recuperación.

El éxito en el tratamiento del adenocarcinoma gástrico se basa en una comunicación abierta y en equipo, junto con una atención especial a la nutrición. Al fomentar la participación activa del paciente y abordar sus necesidades nutricionales, los enfermeros pueden contribuir significativamente a un tratamiento efectivo y una mejor calidad de vida durante el proceso de atención al paciente con cáncer gástrico.

6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de enfermería*, 30(3), 271-285.

Capítulo 47

EL PROCESO DE ALIVIO DE ANSIEDAD Y DOLOR EN LAS VACUNAS A PACIENTES PEDIÁTRICOS

PATRICIA CALVO GUZMÁN

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

1 Introducción

Es importante resaltar que el equipo de enfermería de los centros hospitalarios se esfuerzan por mantener a los pacientes bajo su cuidado y, lo que es más importante, por hacer que el proceso sea lo más cómodo e indoloro posible, y que sufran lo menos posible. Aliviar el dolor y la ansiedad de los procedimientos médicos es un derecho humano básico. La inmunización es una de las causas más comunes de dolor terapéutico en los niños. Alrededor del 40% de los padres se sienten ansiosos por este motivo. En cuanto a los trabajadores de la salud, muchos profesionales están interesados en aprender técnicas para reducir el dolor durante las inmunizaciones. La inyección subcutánea puede considerarse una de las técnicas más populares en el campo de la medicina. Nuestro calendario de vacunación de rutina ahora incluye protección contra 13 enfermedades, por lo

que vacunar a un niño menor de 3 años requiere alrededor de 12 dosis gracias a las vacunas combinadas.

La adopción de estrategias efectivas para controlar el dolor relacionado con la vacunación puede ayudar a reducir el dolor y la ansiedad relacionados con la vacunación, así como a evitar o reducir el riesgo de desarrollar fobia a las agujas y sífilis.

2 Objetivos

Conocer las diferentes estrategias para disminuir el dolor y la ansiedad del modo más práctico, incluyendo los procedimientos con evidencia demostrada para su aplicación por profesionales sanitarios.

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

Bebés y niños pequeños:

Las técnicas físicas son más efectivas en este grupo de edad, pero las técnicas farmacológicas se pueden usar, así como las distracciones en los ancianos.

- Tétanos. Esto incluye explotar los efectos analgésicos y analgésicos de la lactancia antes, durante y después de la vacunación. Es un sistema cómodo y eficiente que utiliza la alimentación completa, la ingestión de edulcorantes (leche materna dulce), la distracción, el abrazo de la madre y quizás la presencia de ciertas sustancias analgésicas contenidas en la propia leche materna. Los efectos son obviamente mayores en los niños más pequeños, pero sigue siendo una opción segura y conveniente.
- líquido dulce. El consumo de líquidos azucarados es una práctica común en las salas de neonatología para aliviar el dolor de los lactantes sometidos a procedimientos dolorosos, también se ha demostrado su efecto analgésico durante

la vacunación. Generalmente, este método se recomienda cuando no es posible amamantar. No se han establecido con precisión las cantidades y concentraciones óptimas, pero una regla general es disolver un paquete de azúcar en un vaso con 1-2 dedos de agua (25% de sacarosa) y agregar lentamente hasta unos 2 ml con una jeringa o jeringuilla. Se recomienda agregar a cuentagotas, en la boca del niño, aproximadamente 2 minutos antes de la inyección. En la mayoría de los casos, no repita este procedimiento en casa si su niño pequeño no se siente bien, ya que puede dañar sus dientes y su dieta.

- Contacto con la piel o abrazo de la piel. Se ha demostrado que el contacto piel con piel con la madre, generalmente en posición de madre canguro, reduce el dolor, especialmente durante los procedimientos dolorosos en los recién nacidos, y se puede realizar durante la vacunación de los bebés. En todos los casos, se recomienda mucho abrazar para reducir dolor y proporcionar alivio. Este es el lugar recomendado para la vacunación.

- Anestesia local. Un anestésico local aplicado en forma de crema puede ayudar a reducir el dolor durante la inyección. Algunos productos (EMLA®) también se puede aplicar a niños muy pequeños, debe ponerse crema.

Una hora antes, coloque una gasa en el área que planea inyectar, en una extensión similar al área de la moneda (se requiere aclaración). Retire la crema antes de aplicar la vacuna. En España, las cremas anestésicas requieren receta médica.

- Técnicas de distracción. Los recién nacidos, especialmente los mayores, pueden experimentar menos molestias si se distraen con imágenes, sonidos, canciones, etc. durante la vacunación. Además de las técnicas farmacológicas y físicas, las técnicas psicológicas son importantes en estas edades.

- Estar mentalmente preparado. Se debe informar a los niños para que se vacunen, pero esta información no se debe dar con mucha anticipación y probablemente un día sea suficiente. No dejes que tu hijo te engañe pensando que no duele.

- Técnicas de distracción. Al salir con sus muñecos y amuletos favoritos, inflar globos aerostáticos, hacer pompas de jabón, escuchar sus canciones favoritas y ver imágenes y videos en la pantalla de sus teléfonos móviles y tabletas, los niños pueden facilitar la vacunación.

- De pie (no se acueste). No ponga a su hijo en la mesa de vacunación. Es mejor para ellos estar erguidos en los brazos de sus padres. Algunas vacunas se inyectan en los muslos y los hombros, pero hay otras áreas que funcionan como soporte y deben ser delicadas y ajustadas.

- Anestesia local en niños mayores y adolescentes.

A estas edades, la preparación mental y la liberación son fundamentales. También se pueden utilizar técnicas farmacológicas en casos especialmente seleccionados.

- Estar preparado: Conocer con antelación el calendario de vacunación es muy importante a esta edad. Tiene que explicar lo que sucede, por qué sucede y eliminar las sospechas de cualquiera que intente vacunar. - Técnicas recreativas: escuche su música favorita, juegue juegos o videos móviles, respire profundamente. Ayudan a reducir el estrés antes y durante el procedimiento. - Postura durante la dosificación: La posición sentada es la más recomendada en estas edades. Esto se debe a que combina los beneficios psicológicos de mantener el tronco erguido con la evitación del riesgo de mareo (falipotimia) por una combinación de estar acostado o de pie.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos decir que, basándonos en la evidencia disponible, se deben utilizar todas las técnicas que han demostrado ser efectivas en el control del dolor y la tolerancia durante la vacunación, y dada la efectividad demostrada, no es razonable ignorar este aspecto. Los calendarios de vacunación se vuelven más complejos a medida que se dispone de nuevas vacunas seguras y eficaces.

Aunque hay muchas publicaciones sobre técnicas para facilitar el manejo del dolor, es poco común en nuestra comunidad encontrar expertos que integren estos procedimientos en la práctica. Este trabajo pretende ofrecer una síntesis de las 88 evidencias disponibles para determinar qué técnicas cuentan con suficiente respaldo científico para ser recomendadas.

6 Bibliografía

1. García Sánchez N, Merino Moína M, García Vera C, Lacarta García I, Carbonell Muñoz L, ina Marqués B, et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP (link is external). Rev Pediatr Aten Primaria.
2. Higgins JPT, Green S (eds.). Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0. En: Cochrane Iberoamérica (en línea) Disponible en http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf.

Capítulo 48

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON MELANOMA

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

1 Introducción

El melanoma es un tipo de cáncer de piel que se origina en las células llamadas melanocitos, que son responsables de producir el pigmento melanina. La melanina es la sustancia que le da color a la piel, el cabello y los ojos, y también actúa como un protector contra los efectos dañinos de la radiación ultravioleta (UV) del sol.

El melanoma es conocido por su potencial maligno, ya que puede propagarse rápidamente a otras partes del cuerpo si no se detecta y se trata a tiempo. Se caracteriza por la aparición de lunares o lesiones pigmentadas anormales en la piel, que pueden variar en tamaño, forma y color. La detección temprana es esencial para un pronóstico favorable.

Los factores de riesgo para el melanoma incluyen la exposición excesiva al sol, antecedentes familiares de la enfermedad, piel clara, antecedentes de quemaduras

solares graves y la presencia de muchos lunares atípicos. La protección solar, el autoexamen de la piel y las visitas regulares al dermatólogo son medidas importantes para reducir el riesgo y detectar posibles signos de melanoma.

El tratamiento del melanoma suele implicar cirugía para extirpar el tumor y, en casos avanzados, puede requerir terapias dirigidas, inmunoterapia y quimioterapia. El pronóstico varía según el estadio en el que se detecte la enfermedad, pero la detección temprana y el tratamiento adecuado pueden aumentar significativamente las tasas de supervivencia.

El melanoma es un tipo agresivo de cáncer de piel que se origina en los melanocitos y se caracteriza por la formación de lesiones pigmentadas en la piel. La protección solar, la detección temprana y el tratamiento son fundamentales para prevenir y controlar esta enfermedad potencialmente mortal.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en relación el paciente con melanoma.

3 Metodología

En esta investigación se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel esencial en la atención integral del paciente con melanoma, un tipo de cáncer de piel potencialmente grave. Sus funciones abarcan una amplia gama de aspectos de la atención al paciente, desde la evaluación y el tratamiento de los síntomas hasta la educación y el apoyo emocional. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el cuidado del paciente con melanoma:

Evaluación y monitorización: El enfermero realiza una evaluación completa de la salud del paciente, incluida la inspección de la piel y la identificación de lesiones

sospechosas. Además, monitorea de cerca cualquier cambio en las lesiones existentes y evalúa posibles síntomas secundarios del melanoma, como dolor, sangrado o picazón.

Educación al paciente: Brinda información detallada al paciente sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento y medidas de prevención. Esto incluye la promoción de medidas de protección solar, la autoevaluación de la piel y la importancia de la detección temprana.

Cuidado de heridas y apósitos: En casos de cirugía para extirpar el melanoma, los enfermeros se encargan del cuidado de heridas quirúrgicas, la administración de apósitos y la prevención de infecciones. También educan al paciente sobre cómo cuidar adecuadamente las incisiones y observar signos de infección.

Manejo de efectos secundarios: Ayudan al paciente a lidiar con los efectos secundarios del tratamiento, como fatiga, náuseas, vómitos y dolor. Proporcionan medicamentos según sea necesario y brindan recomendaciones para aliviar estos síntomas.

Apoyo emocional: Reconocen las preocupaciones emocionales y psicológicas del paciente relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento del melanoma. Ofrecen apoyo, escucha activa y pueden derivar a servicios de apoyo psicológico si es necesario.

Coordinación de la atención: Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico y otros profesionales de la salud para asegurarse de que el paciente reciba una atención coordinada y adecuada. Esto puede incluir programar citas y pruebas médicas y garantizar que los tratamientos se realicen según lo programado.

Educación sobre la prevención: Enfatizan la importancia de la protección solar y la detección temprana del melanoma. Educan al paciente sobre cómo realizar autoevaluaciones de la piel y cuándo buscar atención médica si notan cambios en las lesiones.

El enfermero juega un papel crítico en la atención integral del paciente con melanoma, proporcionando evaluación, tratamiento, educación y apoyo tanto físico como emocional. Su enfoque en la prevención, la detección temprana y el manejo de síntomas es esencial para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con este tipo de cáncer de piel.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento del melanoma es la detección temprana y la atención oportuna. Esto implica estar atento a cualquier cambio en las lesiones cutáneas, como lunares o manchas, y buscar atención médica si se nota cualquier irregularidad, como cambios en el tamaño, forma, color o bordes de las lesiones, así como picazón, sangrado o dolor. La detección temprana aumenta significativamente las posibilidades de un tratamiento exitoso.

Además, es crucial seguir las recomendaciones médicas y asistir a todas las citas programadas. El tratamiento del melanoma a menudo implica cirugía para extirpar el tumor, y la adherencia al plan de atención médica es esencial. También se deben tomar medidas preventivas, como proteger la piel de la exposición excesiva al sol utilizando protector solar y ropa protectora.

La detección temprana y la adherencia al plan de tratamiento médico son clave para un buen pronóstico en el melanoma. La comunicación abierta con el equipo médico y la protección solar son prácticas esenciales para el paciente en su camino hacia la recuperación.

6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de enfermería*, 30(3), 271-285.

Capítulo 49

OBESIDAD INFANTIL DE 2 A 6 AÑOS

GARAZI ECHEVERRIA NAGORE

ANA AZNAREZ IBÁÑEZ

ZUBEROA AZNÁREZ IBÁÑEZ

BIDANE LIZARRAGA MOZO

MIGUEL DíEZ REVIRIEGO

1 Introducción

La obesidad infantil se ha convertido en uno de los problemas más graves en salud pública del siglo XXI. La organización mundial de la salud alerta que, pese a las estrategias desarrolladas durante esta última década para abordar la prevalencia de la obesidad infantil, la situación sigue siendo alarmante. Se calcula que, en 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso u obesidad (1).

Este problema de salud está caracterizado por un exceso de grasa corporal en la edad infantil, un exceso de adiposidad que les hace propensos a sufrir alteraciones metabólicas, físicas y psicológicas. La acumulación de tejido adiposo se da cuando la ingesta energética o calórica de un individuo es mayor que su gasto energético o calórico. A pesar de que esta patología puede tener una influencia genética, la Organización Mundial de la Salud determina que el factor más influyente es la expansión de hábitos de vida no saludables (2). Determina así dos factores relevantes: el aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares y falta del consumo de frutas y verduras y la tendencia a un

estilo de vida sedentario (2). Teniendo en cuenta que los estilos de vida son modificables, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, la organización mundial de la salud insta a dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil, así, recuerda que trabajar en promoción de la salud y crear políticas para fomentar hábitos de vida saludables son el camino para abordar la situación (1).

Para poder abordar la obesidad infantil de la forma más efectiva posible y poder diseñar los programas de promoción de la salud más eficaces, es necesario estudiar la obesidad y sus comorbilidades a fondo e indagar en cómo afectan exactamente los malos hábitos. Estableciendo la asociación que hay entre diferentes patrones dietéticos y la obesidad se podrá trabajar en elaborar los consejos más apropiados. Por ello, el estudio de las causas y de las consecuencias de la obesidad ayudaría a establecer planes de intervención más concretos y efectivos.

2 Objetivos

- Identificar la relación entre hábitos alimentarios y obesidad en el grupo diana.
- Evidenciar la relación entre el sobrepeso y la prevalencia de enfermedades en la edad infantil.

3 Metodología

El siguiente trabajo plantea realizar una búsqueda bibliográfica para identificar la relación entre hábitos alimentarios y obesidad en el grupo diana y evidenciar la relación entre el sobrepeso y la prevalencia de enfermedades.

Se realizó una búsqueda de información en las páginas más referentes sobre el tema como; la página de la Organización Mundial de la Salud, la página de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y la página de la Agencia Española de seguridad alimentaria y nutrición.

A su vez, se realizó una búsqueda más exhaustiva en la base de datos PubMed y Web of Science, Por un lado, para la búsqueda de evidencia sobre la relación entre hábitos alimentarios y obesidad: "Pediatric Obesity/etiology"[Mesh] AND "Food"[Mesh] filtrando información de los últimos 10 años. Se seleccionaron los artículos publicados en revistas de alto factor de impacto y que aportaran evidencia científica sobre la relación que tienen los hábitos alimentarios en la obesidad. Por otro lado, para la búsqueda de evidencia sobre la relación de la obesidad y el desarrollo de diferentes enfermedades se realizó la siguiente búsqueda: "Pediatric Obesity"[Mesh] AND ("Pediatric Obesity/complications"[Mesh] OR "Pedi-

atric Obesity/mortality"[Mesh] OR "Pediatric Obesity/physiopathology"[Mesh]) filtrando para ver solo lo publicado los últimos 5 años y analizar los artículos relacionados con enfermedades asociadas a la obesidad.

4 Resultados

Relación entre obesidad y hábitos alimentarios:

Como se ha mencionado anteriormente, la acumulación de tejido adiposo se da cuando la ingesta energética o calórica de un individuo es mayor que su gasto energético o calórico. A pesar de que esta patología puede tener una influencia genética, la Organización Mundial de la Salud determina que el factor más influyente es la expansión de hábitos de vida no saludables (2). Determina así dos factores relevantes: el aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares y falta del consumo de frutas y verduras y la tendencia a un estilo de vida sedentaria (2).

En España, mediante los estudios realizados dentro de la línea de trabajo de la estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) (5), activa desde 2004, se determinó que las dietas tradicionales estaban siendo reemplazadas por otras con mayor densidad energética y que el cambio en los tipos de trabajo y de ocio había reducido la actividad física. Los niños y niñas españoles llevaban una dieta que se caracterizaba por un exceso de carnes, embutidos, lácteos y alimentos con alta densidad energética, como productos de bollería y bebidas azucaradas, y por un déficit en la ingesta frutas y verduras. Haciendo especial referencia al consumo de bebidas azucaradas como refrescos, zumos y lácteos azucarados, los cuales según los últimos estudios se están determinando como principales causantes del exceso de peso infantil.

Este aumento del consumo de alimentos con altas cantidades de azúcar y grasa, y, por lo tanto, también gran densidad energética, es una tendencia que está extendida por todo el mundo(4). La última década se le ha dado mucha importancia al aumento del consumo de bebidas azucaradas o el consumo de productos azucarados y al aumento de la obesidad infantil(4). El consumo de azúcar ha aumentado en la población infantil, ingiriendo alimentos de gran densidad energética asociados con el aumento de peso y otras enfermedades metabólicas y cardiovasculares (4). El consumo excesivo de azúcar se ha asociado con el aumento de lípidos sanguíneos y la resistencia a la insulina, siendo un factor importante para el desarrollo de alteraciones cardio-metabólicas desde la edad infantil (7).

Obesidad y enfermedad:

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus de tipo 2 de manera precoz en la edad adulta y desarrollar alteraciones cardiovasculares, metabólicas, músculo-esqueléticas y psicológicas en la misma edad infantil(7).

El aumento de la prevalencia de esta enfermedad en las últimas décadas ha hecho que se aumente el estudio de la obesidad como tal y de sus enfermedades asociadas. En esta línea, este exceso de grasa corporal se asocia principalmente con el desarrollo de dos grupos de enfermedades en la edad adulta: enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas(8).

Entre las alteraciones cardiovasculares encontramos la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y la hipertensión, entre otras (9). Se estima que a mayor nivel de adiposidad hay mayores niveles de triglicéridos, mayor nivel de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y menor número de lipoproteínas de alta densidad. A su vez, se ha asociado la obesidad con un mayor estrés oxidativo, lo que contribuiría a un aumento del desarrollo de aterosclerosis y un mayor riesgo de accidentes vasculares como los infartos o el ictus (9). Diferentes estudios determinan que las personas con obesidad tienen un mayor riesgo de padecer un infarto o un accidente cerebrovascular, siendo esta la primera causa de mortalidad en los países desarrollados (9).

Entre las alteraciones metabólicas más prevalentes de la obesidad encontramos la esteatosis hepática y la resistencia a la insulina. Alteraciones metabólicas que pueden complicarse convirtiéndose en enfermedades más severas como la diabetes mellitus de tipo 2 o la esteatosis hepática no alcohólica (8). Se ha asociado que a mayor niveles de tejido adiposo hay mayor niveles de glucosa en ayuno y parámetros indicadores de la resistencia a la insulina como el HOMA-IR (10). A su vez, esta resistencia a la insulina es la mayor precursora del desarrollo de diabetes mellitus de tipo 2, enfermedad severa y crónica que está aumentando en paralelo al aumento de la obesidad (11). Por otra parte, la esteatosis hepática no alcohólica es más prevalente también en las personas con sobrepeso y obesidad que las personas con peso normal (12). Esta enfermedad cursa con una acumulación de grasa en los hepatocitos y cuando este porcentaje de grasa acumulado en el hígado excede el 5,5% se considera que el paciente tiene esteatosis hepática(13). Esta enfermedad es reversible en sus primeros estadios, pero si no se trata y se controla puede desarrollar una inflamación que acabe en una fibrosis o una cirrosis en los casos más graves, últimas dos fases de la enfermedad que son irreversibles(13). Se ha registrado a su vez que esta enfermedad es la enfermedad hepática más prevalente en los países desarrollados, así, ha aumentado su prevalencia en paralelo con el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad

también (14).

Por otra parte, la obesidad se ha relacionado con el desarrollo de otras enfermedades, entre ellas la apnea del sueño, la cual se relaciona que a mayor índice de masa corporal la apnea del sueño es más severa (15). Por otra parte, el papel que puede tener la obesidad en el riesgo de padecer ciertos cánceres está siendo también estudiado en las últimas décadas, determinando su asociación con el riesgo de padecer esta enfermedad y su aceleramiento del proceso (16). Para finalizar, la obesidad está relacionada con diferentes alteraciones músculo-esqueléticas y deformidades ortopédicas (8).

Las alteraciones psicológicas son de gran importancia en esta enfermedad, donde tanto en la edad infantil como en la edad adulta causan verdaderas limitaciones a la persona, las cuales padecen mayor ansiedad y depresión, y en muchos casos el empeoramiento de la misma enfermedad (17).

5 Discusión-Conclusión

El abordaje de la obesidad infantil está siendo de gran importancia para las organizaciones e instituciones. Este debe de ser prioritario e integral para que la salud de los niños y niñas mejore y, por lo tanto, mejorar la salud de la futura población adulta.

Como se ha analizado, la obesidad infantil y su implicación en el desarrollo de enfermedades cardio-metabólicas está evidenciado científicamente. Muchos estudios han relacionado directamente la obesidad con el desarrollo de patologías como la esteatosis hepática, hipertensión o resistencia a la insulina (9,18). A su vez, su implicación en el desarrollo de enfermedades más graves como la resistencia a la insulina, accidentes cerebrovasculares o el infarto de miocardio deja clara su repercusión en la salud de la población (19).

Después de analizar la asociación entre una dieta hipercalórica y rica en azúcares y la obesidad y sus comorbilidades (3,6), trabajar por cambiar este patrón alimentario es imprescindible. La alfabetización en nutrición saludable desde la edad temprana es así el primer paso para educar en hábitos de alimentación saludable. Las dietas hipercalóricas están compuestas en gran medida de alimentos procesados, productos cuyo consumo ha aumentado con los avances en la industria alimentaria y la prevalencia del exceso de peso (3). Estos productos son alimentos ricos en grasas y azúcares que se pueden obtener fácilmente y no tienen ningún tipo de regulación. Indagar en el patrón de consumo de estos productos en la edad infantil y la posible regulación de su consumo puede ser una línea de investigación a futuro muy acertada para complementar futuros programas

de promoción de la salud.

Así, en la etapa infantil, el trabajo con la familia es imprescindible, los padres y las madres son los responsables en gran medida de la nutrición de sus hijos e hijas. Con esto, no podemos olvidar que se trata de un trabajo que debe trabajar desde tres focos: la familia, el centro de salud y el centro educativo.

Educación en hábitos saludables y generar condiciones para que sea posible vivir de manera saludable es la prevención más efectiva de la obesidad infantil. Para ello, es imprescindible trabajar en analizar y estudiar las intervenciones más efectivas en alfabetización en nutrición saludable para incidir en la población diana de la manera más efectiva.

6 Bibliografía

1. WHO | Childhood overweight and obesity. WHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 11]; Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
2. OMS | ¿Cuáles son las causas? WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 7]; Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/
3. Adela Hruby, PhD M, Frank B. Hu, MD, PhD M. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(7):673–89.
4. Nicolaidis S. Environment and obesity. *Metabolism*. 2019;100:1–5.
5. Aecosan - Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
6. Yoshida Y, Simoes EJ. Sugar-Sweetened Beverage, Obesity, and Type 2 Diabetes in Children and Adolescents: Policies, Taxation, and Programs. *Curr Diab Rep*. 2018;18(6).
7. Paul W. Franks PD, Robert L. Hanson, M.D., M.P.H. William C. Knowler, M.D., Dr.P.H. Maurice L. Sievers, M.D. Peter H. Bennett, M.B., F.R.C.P. And Helen C. Looker, M.B. BS. Childhood Obesity, Other Cardiovascular Risk Factors, and Premature Death. 2010;362(6):485–93.
8. García Milian AJ, Creus García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2017;32(3):1–13.
9. Fava S, Fava MC, Agius R. Obesity and cardio-metabolic health. *Br J Hosp Med*. 2019;80(8):466–71.
10. Wang CCL, Goalstone ML, Draznin B. Molecular Mechanisms of Insulin Resistance That Impact Cardiovascular Biology. *Diabetes*. 2004;53(November):2735–40.

11. Hazlehurst JM, Woods C, Marjot T, Cobbold JF, Tomlinson JW. Non-alcoholic fatty liver disease and diabetes. *Metabolism* [Internet]. 2016;65(8):1096–108. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2016.01.001>
12. Jou J, Choi SS, Diehl AM. Mechanisms of disease progression in nonalcoholic fatty liver disease. *Semin Liver Dis*. 2008;28(4):370–9.
13. Schwimmer JB, Deutsch R, Kahen T, Lavine JE, Stanley C, Behling C. Prevalence of fatty liver in children and adolescents. *Pediatrics*. 2006;118(4):1388–93.
14. Lonardo A, Nascimbeni F, Maurantonio M, Marrazzo A, Rinaldi L, Adinolfi LE. Nonalcoholic fatty liver disease: Evolving paradigms. *World J Gastroenterol*. 2017;23(36):6571–92.
15. Guan J, Yi H, Zou J, Meng L, Tang X, Zhu H, et al. Distinct severity stages of obstructive sleep apnoea are correlated with unique dyslipidaemia: Large-scale observational Study. *Thorax*. 2016;71(4):347–55.
16. Berger NA. Young Adult Cancer: Influence of the Obesity Pandemic. *Obesity*. 2018;26(4):641–50.
17. Pickett S, Phillips E, Burchenal CA, Haber L, Batten K. Understanding and effectively addressing disparities in obesity: A systematic review of the psychological determinants of emotional eating behaviours among Black women. 2020;(January):1–13.
18. Carbone S, Del Buono MG, Ozemek C, Lavie CJ. Obesity, risk of diabetes and role of physical activity, exercise training and cardiorespiratory fitness. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2019;62(4):327–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.08.004>
19. The State of Obesity. 2018;68. Available from: www.tfah.org.

Capítulo 50

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

1 Introducción

Cuando hablamos de violencia obstétrica nos referimos a todas las acciones y comportamientos realizadas por sanitarios hacia las mujeres en las etapas de embarazo, parto y posparto, tanto en entornos públicos como privados, que, ya sea por acción u omisión, resultan violentos o pueden ser interpretados como tales. La violencia obstétrica incluye acciones inapropiadas o sin consentimiento como realizar episiotomías sin autorización de la mujer, procedimientos dolorosos sin previa anestesia, imponer una posición específica en el momento del parto o administrar un exceso de medicación que puede ser innecesaria o que puede causar complicaciones graves.

Esta forma de violencia también puede ser psicológica, como por ejemplo, tratar a la mujer de manera infantil, paternalista, autoritaria, despectiva, humillante, insultarla, despersonalizar su atención, etc.

La violencia obstétrica entra dentro de la discriminación de género y enfocándolo a los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, es una violación de los derechos humanos.

Este tipo de violencia, viene de la mano de una cultura patriarcal que también está presente en los profesionales sanitarios. Este problema lleva denunciándose en distintas partes del mundo desde la década de 1950. A veces, tanto sanitarios como pacientes normalizan estas prácticas, de manera que terminan siendo aceptadas por la sociedad como algo normal. Esta forma de violencia no ha estado reconocida en el ámbito sanitario en muchas ocasiones y gracias a distintas asociaciones activistas se ha empezado a visibilizar. Aunque no hay muchos estudios sobre este tema, se calcula que un 35% de las madres presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático debido a la violencia obstétrica sufrida.

La violencia obstétrica tiene su origen multifactorial. La mayoría de estudios apuntan a que la falta de información y de herramientas para enfrentarse a ellas pueden tener una relación de causalidad.

En muchas ocasiones, los progenitores y las madres, en particular, no saben que han sufrido violencia obstétrica hasta que investigan sobre el tema y se dan cuenta de que todo lo definido como tal lo han sufrido ellas. Consideran normal que no las avisen en un procedimiento de urgencia, que les hablen mal o que empujen su abdomen, pudiendo provocar fracturas, que las obliguen a realizar un parto eutócico cuando están completamente exhaustas y no pueden seguir empujando, etc. Hay algunos profesionales sanitarios que consideran un fracaso que un parto acabe en cesárea, obligando a la mujer a seguir empujando o a intentar un parto eutócico que al final acaba en cesárea con secuelas para el bebé.

Enfermería debe estar informada sobre estas prácticas y ser capaz de identificarlas para ofrecer ayuda a la mujer e intentar que el trauma sea el menor posible. Muchas de ellas, desarrollan estrés postraumático o depresión post-parto y se autoculpan o piensan que es debido a que no quieren lo suficiente a su hijo cuando en realidad es por la violencia que han ejercido sobre ellas.

2 Objetivos

- Visibilizar la violencia obstétrica en España.
- Aprender a identificar casos de violencia obstétrica como personal de Enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como ScienceDirect y Pubmed mediante el término "Violencia obstétrica" y "España". Además, se han analizado actas de congresos,

tesis doctorales, y artículos en revisión en revistas científicas, así como testimonios de mujeres que han sufrido violencia obstétrica.

4 Resultados

La mayoría de estudios coinciden en que la violencia obstétrica emana de la falta de información del profesional y de la propia víctima para identificar ciertos actos como violencia obstétrica, ya que históricamente este tipo de violencia ha sido normalizada, y muchas pacientes afirman que si algún profesional ha actuado de esa manera, es porque tenían que hacerlo para salvar la vida de su bebé.

En el trabajo de parto, es probable que las mujeres sientan miedo, ansiedad, soledad e inseguridad si no tienen a su lado a un profesional que las apoye y las tranquilice.

La mayoría de mujeres entrevistadas afirman que cuando los profesionales sanitarios explican las posibles complicaciones y métodos para solucionarlas, así como todo el proceso por partes y sin tecnicismos, se sienten mucho más tranquilas y seguras que en otras ocasiones que no son informadas.

En un documental llevado a cabo por RTVE, se constató que dos de cada tres mujeres en España han sufrido violencia obstétrica durante la gestación, el parto o el puerperio.

Existen dos tipos de violencia obstétrica. Violencia psicológica e intervenciones físicas.

- Violencia psicológica: Se lleva a cabo cuando se humilla o menosprecia a la mujer sin que haya una agresión física. Ejemplos de violencia obstétrica psicológica son críticas por llorar o gritar durante el parto, burlas, ignorar la opinión de la mujer, realizar procedimientos médicos sin su consentimiento...

- Intervenciones físicas: Se denomina violencia obstétrica de intervenciones físicas cuando se llevan a cabo intervenciones médicas que no son necesarias o que están desaconsejadas, es decir, sin justificación.

Los actos de violencia obstétrica que se pueden llevar a cabo en el parto son los siguientes:

- Episiotomías injustificadas: La episiotomía es una incisión en el perineo. A veces se realiza cuando la mujer dilata lento, pero es importante dejar que la mujer dilate a su ritmo para no dañar el perineo. La episiotomía puede provocar incontinencia, infecciones, etc.

- Cesáreas sistemáticas: Aunque la cesárea en algunos casos urgentes y emergentes es necesaria, no es una práctica que entre dentro de un parto normal y que se deba hacer sistemáticamente.

- Maniobra de Kristeller: Esta técnica está desaconsejada por el ministerio de Sanidad español y por la OMS. Consiste en presionar y empujar el abdomen de la mujer durante el trabajo de parto. Fuentes del ministerio de Sanidad afirman que esta maniobra no mejora la tasa de partos eutócicos, no reduce la tasa de parto instrumental y no es eficaz para reducir la duración del trabajo de parto. Esta maniobra puede producir en la madre hematomas, dolores musculares y desgarros, fracturas costales, y en el bebé dificultad respiratoria, fracturas, hematomas, desgarros, etc. Sin embargo, es una maniobra extendida y que se lleva a cabo por muchos ginecólogos en la mayoría de hospitales de España.
- Inducir el parto: La OMS recomienda esta maniobra solo cuando los beneficios esperados son mayores que los años.
- Negar la elección de posición: Las mujeres deciden en que posición quieren llevar a cabo su proceso de parto si no hay contraindicaciones para ello. El profesional solo debe explicar todos los riesgos que conlleva, así como los aspectos positivos, pero sin intentar adoctrinar a los futuros padres. La posición de litotomía, que es la más común y la que más se lleva a cabo, da lugar a mayor número de episiotomías, menor espacio en la pelvis y libertad de movimiento que otras posiciones.
- Ausencia de contacto con el bebé: La piel con piel gestante-hijo tiene muchos beneficios para los dos. Es una maniobra que fortalece el vínculo afectivo, pero además hace que la recuperación del estrés para el bebé sea más rápida y su adaptación a la vida se acelere. Además, se normalizan constantes como la glucemia y la temperatura. Para la madre favorece la lactancia materna, de manera que el estímulo de succión genera contracciones uterinas que disminuyen el sangrado. Si la madre está exhausta o existe alguna contraindicación para que haga la piel con piel, lo puede hacer el padre. Negarle al padre realizar esta técnica, también se considera violencia obstétrica.

Un cuestionario cuya finalidad era saber la calidad que habían percibido las mujeres en centros sanitarios españoles en el trabajo de parto obtuvo los siguientes resultados:

- Casi un 46 % de las mujeres afirmaron que los sanitarios no obtuvieron su consentimiento para realizar las técnicas.
- Un 50 % de mujeres no tuvo la oportunidad de aclarar sus dudas o expresar sus miedos y sentimientos.
- Un 40 % sufrió violencia obstétrica.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo se ha abordado un tema crítico y sensible: La violencia obstétrica. Esta violencia se refiere a acciones y comportamientos inapropiados por parte de profesionales de la salud hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Esta violencia puede ser física y/o psicológica y está relacionada con la discriminación de género y la violación de los derechos humanos.

Este tipo de violencia se normaliza tanto por parte de los profesionales sanitarios como de las pacientes. A menudo, las mujeres no reconocen que han experimentado violencia obstétrica debido a la falta de conciencia sobre sus derechos. Esto resalta la importancia de la educación y concienciación en la lucha contra esta problemática.

Es necesaria una comunicación abierta y comprensiva entre los profesionales de la salud y las pacientes. Cuando se brinda información de manera clara y se involucra a las pacientes en las decisiones relacionadas con su atención médica, se reduce la ansiedad y el miedo que pueden experimentar durante el parto.

En conclusión, la violencia obstétrica es un problema grave que afecta a las mujeres en su maternidad. Esta violencia se ha normalizado en muchos entornos hospitalarios, lo que subraya la importancia de la concienciación y educación sobre los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención obstétrica.

Es esencial que tanto los profesionales de la salud como las pacientes estén informados sobre lo que constituye la violencia obstétrica y como prevenirla. La comunicación abierta y el respeto por las decisiones de las mujeres son fundamentales para garantizar una atención obstétrica de calidad y libre de violencia. Además, es necesario abordar las prácticas médicas injustificadas y desaconsejadas que pueden causar daños a las mujeres y a los recién nacidos.

En última instancia, la lucha contra la violencia obstétrica requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de la salud, legisladores y activistas para crear concienciación, promover cambios en la práctica médica y garantizar el respeto y la dignidad en el proceso de parto y puerperio.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gaceta [Internet]. 1 de Mayo de 2021;35(3):211–2. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301898>.
2. Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo JC, Casas-Arellano MA. Síndrome

- de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología Obstétrica Mexico* [Internet]. Febrero de 2015;83(3):173–8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273437470_Sindrome_de_desgaste_profesional_en_medicos_y_percepcion_de_violencia_obstetrica.
3. Iglesias S, Conde M, González S, Parada ME. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas* [Internet]. 31 de enero de 2019;4(1):77–97. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.5/28621>.
4. Mallol M. Violencia obstétrica en España [Internet]. Somos Estupendas. 25 de mayo de 2023 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://somesestupendas.com/violencia-obstetrica-en-espana/#::text=Tipos%20de%20violencia%20obstetrica,-Se%20pueden%20separar&text=Es%20la%20violencia%20que%20se,persona%2C%20procedimientos%20médicos%20sin%20consentimiento....>
5. RTVE. Violencia obstétrica: testimonios en primera persona [Internet]. RTVE.es. 2022 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.rtve.es/television/20220425/violencia-obstetrica-testimonios-primera-persona-parir-siglo21-podcast/2328481.shtml>.

Capítulo 51

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑEVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

La intubación endotraqueal es un procedimiento donde se coloca una sonda a través de la boca en situaciones de urgencia.

Esta técnica se realiza para asegurar la vía aérea y administrar oxígeno, medicación y anestesia; apoyar la respiración en determinadas enfermedades como neumonía, insuficiencia cardíaca, enfisema, etc.; eliminar bloqueos de la vía respiratoria; proteger los pulmones de riesgo de aspiración, entre otros.

Dentro de los riesgos que puede sufrir el paciente con esta técnica están el traumatismo de las cuerdas vocales, laringe, tráquea, tiroides o esófago, sangrado, infección y perforación de partes blandas de la caja torácica, ocasionado un colapso pulmonar.

El profesional que realiza este procedimiento es el médico, contando en todo momento con la asistencia del profesional de Enfermería.

El profesional de Enfermería debe conocer la técnica y los materiales que se emplean en la misma, contribuyendo con su buen hacer a que el procedimiento se desarrolle sin altercados y complicaciones, prestando en todo momento asistencia y adelantándose a los acontecimientos para que el médico tenga margen de actuación en esta complicada y exhaustiva técnica, puesto que la pérdida de segundos puede desencadenar resultados nefastos en el paciente, pudiendo llevarle incluso a la muerte.

Por ello, Enfermería debe contar con los conocimientos necesarios para que la asistencia en la intubación endotraqueal sea la mejor posible.

2 Objetivos

Analizar la asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en la asistencia en la intubación endotraqueal, así como la importancia que tiene su labor en este procedimiento.

3 Metodología

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

Las palabras clave utilizadas han sido: enfermería, intubación endotraqueal, asistencia, técnica, procedimiento.

Las publicaciones científicas llevadas a revisión quedan reflejadas en la bibliografía.

4 Resultados

La intubación endotraqueal es el procedimiento de elección para aislar definitivamente la vía respiratoria, colocando para ello un tubo en el interior de la tráquea para garantizar la ventilación del paciente.

Este procedimiento permite administrar oxígeno a alta concentración, además de poder realizar aspiración de la tráquea y administrar medicación.

Dentro del material que Enfermería debe preparar para este procedimiento está: tubos endotraqueales y cánulas orofaríngeas de distintas medidas, fonendoscopio, pinzas de magill, guantes, lubricante, jeringa de 10 ml, venda, tijera, aspi78

rador, fiador semirrígido, filtro antibacteriana, fuente de oxígeno, bolsas de ventilación con reservorio y mascarillas de diferentes tamaños.

El profesional de Enfermería prestará en todo momento soporte al profesional médico, facilitándole el material necesario y ayudando en la fijación del tubo endotraqueal.

Enfermería debe preparar la técnica, extendiendo el paño estéril y colocando todo el material sobre él, comprobar todo el material, en especial que el balón de neumotaponamiento y el laringoscopio funcione correctamente.

Posteriormente, debe situar al paciente en decúbito supino con el cuello en hiperextensión para que el médico se sitúe detrás de la cabeza y pueda realizar la técnica adecuadamente.

Enfermería deberá comprobar que el paciente no lleve prótesis en la boca y, en su caso, proceder a su retirada.

Una vez el tubo está insertado, Enfermería debe comprobar su correcta colocación a través de una auscultación epigástrica y de ambos campos pulmonares. Tras la intubación, Enfermería deberá ventilar y oxigenar al paciente con cánula, mascarilla y bolsa de reanimación con reservorio conectado a fuente de oxígeno. Tras la intubación, Enfermería debe prestar unos cuidados específicos encaminados al mayor confort del paciente y a evitar posibles complicaciones, siendo la neumonía nosocomial la principal complicación que se deriva de este procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La intubación endotraqueal es la técnica que se emplea para introducir un tubo a través de la boca hasta llegar a la tráquea para poder ventilar al paciente, administrar medicación y salvaguardar la vía respiratoria.

La asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en este procediendo es fundamental para que la técnica se desarrolle en perfecto estado y se minimicen los posibles efectos adversos y contratiempos, además de colaborar en que el tiempo que se utilice sea el mínimo, puesto que la pérdida de minutos puede acarrear consecuencias muy negativas en el paciente, siendo la más grave de ellas la muerte.

6 Bibliografía

- Artigas, M. O. (2012). La intubación endotraqueal. Medicina intensiva, 39, 1-8.

- Canales Ramos, A. N. (2022). Conocimiento y prácticas del mantenimiento de la intubación endotraqueal en el personal de enfermería del área de unidad de cuidados intensivos de los hospitales de la Diresa Lima, 2022.
- Moros, T. L., Crespo, L. R., Acín, I. A., Campagna, R. C., Jiménez, M. M. E., & Molero, R. I. (2021). Revisión bibliográfica sobre intubación endotraqueal, complicaciones y papel del equipo de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 46.
- Olvera, S. I. N., Castro, J. A. P., Trujillo, J. A., Arreola, M. S., Reyes, O. A. O., & Gómez, J. M. (2015). Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Revista CONAMED*, 20(S1), S7-S15.

Capítulo 52

MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO POR PARTE DE ENFERMERÍA

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑEVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

La depresión postparto es un trastorno emocional que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Aunque el parto es un momento de alegría, muchas mujeres experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad, fatiga y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, así como cambios en el apetito y el sueño. La depresión postparto no es un problema de debilidad personal, ni algo que se pueda superar fácilmente. Es un trastorno de salud mental que puede tener graves consecuencias para la madre, el recién nacido y la familia en general.

La depresión postparto puede afectar a mujeres de cualquier edad, raza, cultura o estatus socioeconómico. Se estima que entre el 10% y el 20% de las mujeres experimentan depresión postparto después del parto, aunque muchas mujeres

no hablan de sus síntomas debido al estigma y la vergüenza asociados con la depresión.

Es esencial que los profesionales de la salud estén preparados para identificar y tratar la depresión postparto. Los enfermeros tienen un papel importante en la evaluación y el manejo de este trastorno, ya que son los profesionales que tienen el contacto más cercano con las madres y los recién nacidos. Los enfermeros pueden proporcionar información, apoyo emocional y enseñar técnicas de afrontamiento a las madres. Además, pueden colaborar con otros profesionales de la salud, como psiquiatras y trabajadores sociales, para brindar un enfoque integral en el manejo de la depresión postparto.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la evaluación y el manejo adecuado de la depresión postparto por parte de los enfermeros, así como destacar la necesidad de la prevención y la identificación temprana de la enfermedad.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de manejo de la depresión postparto por parte de enfermería, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

El manejo y la evaluación de la depresión postparto es un tema crucial en el cuidado de la salud materna y del recién nacido. La depresión postparto es un trastorno emocional que afecta a las mujeres después del nacimiento de un hijo y puede tener graves consecuencias para la madre y su familia.

Para evaluar y manejar la depresión postparto, los enfermeros deben estar capacitados en la identificación temprana de los síntomas y factores de riesgo asociados. La evaluación puede incluir preguntas sobre el estado de ánimo, el sueño, el apetito, el nivel de estrés y la relación con el bebé. También es importante evaluar los antecedentes médicos, el apoyo social y las experiencias de la madre durante el embarazo, el parto y el postparto.

El manejo de la depresión postparto puede incluir una combinación de terapia, medicación y apoyo emocional. La terapia puede ser individual o en grupo y puede incluir terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia de apoyo. La medicación puede incluir antidepresivos, que pueden ser seguros durante la lactancia, aunque siempre debe haber una discusión entre la madre y su médico acerca de los beneficios y los riesgos potenciales.

El apoyo emocional es crucial en el manejo de la depresión postparto. Los enfermeros pueden proporcionar información y educación sobre el trastorno, así como enseñar técnicas de afrontamiento y habilidades para el cuidado del bebé. Los grupos de apoyo pueden ser útiles para las mujeres que están experimentando la depresión postparto, ya que proporcionan un espacio seguro para compartir experiencias y recibir apoyo.

Es fundamental tener en cuenta que la prevención de la depresión postparto es esencial. El apoyo emocional durante el embarazo, el parto y el posparto puede ayudar a reducir el riesgo de depresión postparto. También es importante educar a las mujeres sobre los síntomas y los factores de riesgo asociados con la depresión postparto y fomentar el autocuidado de la madre.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es evidente que la depresión postparto es un trastorno emocional importante que requiere una atención cuidadosa y sensible por parte de los enfermeros. La evaluación y el manejo adecuado de la depresión postparto son fundamentales para prevenir graves consecuencias para la madre y su familia.

Los enfermeros deben estar capacitados en la identificación temprana de los síntomas y factores de riesgo asociados con la depresión postparto, así como en el manejo adecuado del trastorno. La evaluación cuidadosa y la intervención temprana pueden ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de las madres y sus familias.

6 Bibliografía

Asociación Española de Pediatría. (2016). Depresión posparto. <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/depresion-posparto>

Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME). (2017). Guía práctica para la atención de la depresión postparto en enfermería. <http://aeesme.com/wp-content/uploads/2017/01/Guia-Depresion-Postparto-AEESME.pdf>

Capítulo 53

ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN ESTADIO AVANZADO

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑAVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es una afección neurodegenerativa común que afecta a millones de personas en todo el mundo. Aunque los síntomas varían entre los pacientes, los problemas de movimiento son el sello distintivo de la enfermedad. La causa exacta de la enfermedad aún no se comprende completamente, pero se cree que está relacionada con la pérdida de células nerviosas en una parte específica del cerebro que controla la producción de dopamina.

A medida que la enfermedad de Parkinson avanza, los síntomas pueden empeorar y afectar significativamente la calidad de vida del paciente. Además de los problemas motores, los pacientes también pueden experimentar problemas emocionales y cognitivos que pueden agravar su condición. El manejo efectivo de la

enfermedad de Parkinson en estadio avanzado requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a enfermeros, médicos especialistas y terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

En este trabajo, se explorarán las estrategias utilizadas por los enfermeros para manejar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio avanzado. Se describirán las medidas preventivas que deben tomarse para prevenir las caídas y otras complicaciones, así como los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles para controlar los síntomas. También se discutirán las herramientas y técnicas utilizadas para mejorar la capacidad de los pacientes para realizar las actividades cotidianas.

2 Objetivos

Proporcionar información y orientación sobre el manejo de enfermería de pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio avanzado.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de enfermería en pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio avanzado, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

El manejo de enfermería de pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio avanzado es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. La enfermería en el cuidado de la enfermedad de Parkinson implica la implementación de una atención integral que aborde tanto los síntomas motores como los no motores.

En primer lugar, los enfermeros deben estar capacitados para abordar los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson, que incluyen temblores, rigidez muscular, bradicinesia y alteraciones del equilibrio. Los enfermeros pueden trabajar en colaboración con médicos especialistas para ajustar la dosis y el tipo de medicamentos que se administran a los pacientes. Además, los enfermeros

pueden proporcionar terapia física y ocupacional para mejorar la capacidad de los pacientes para realizar actividades diarias y prevenir las caídas.

En segundo lugar, los enfermeros también deben estar preparados para manejar los síntomas no motores, como la depresión, la ansiedad y los problemas cognitivos. Estos síntomas pueden ser especialmente debilitantes y afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Los enfermeros pueden trabajar con los pacientes y sus cuidadores para identificar los síntomas no motores y proporcionar apoyo emocional y terapia ocupacional para ayudar a los pacientes a manejar estos síntomas.

En tercer lugar, los enfermeros también deben estar preparados para prevenir y manejar las complicaciones asociadas con la enfermedad de Parkinson. Las complicaciones más comunes incluyen las caídas, la disfagia y las infecciones respiratorias. Los enfermeros pueden implementar medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones y proporcionar tratamiento oportuno y eficaz cuando se presentan complicaciones.

El manejo de enfermería de los pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio avanzado es fundamental para ayudar a los pacientes a sobrellevar los síntomas y mejorar su calidad de vida. Los enfermeros son esenciales para brindar una atención integral y personalizada a los pacientes con Parkinson y para ayudar a sus familias a manejar la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo de enfermería de pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio avanzado es fundamental para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes. Los enfermeros deben estar capacitados para abordar los síntomas motores y no motores, así como para prevenir y tratar las complicaciones asociadas con la enfermedad.

La atención integral del paciente es esencial para lograr los mejores resultados en el manejo de la enfermedad de Parkinson. Los enfermeros deben trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para brindar una atención multidisciplinaria y personalizada que aborde las necesidades individuales de cada paciente.

Es importante destacar que el manejo de la enfermedad de Parkinson en estadio avanzado puede ser desafiante y requiere una comprensión profunda de la enfermedad y de las necesidades del paciente. Los enfermeros deben estar capacitados para evaluar y monitorear continuamente a los pacientes para ajustar su plan de cuidado según sea necesario.

6 Bibliografía

1. Asociación Parkinson Madrid. Guía práctica para el manejo de la enfermedad de Parkinson avanzada. 2018. https://www.parkinsonmadrid.org/wp-content/uploads/2018/12/Guia_practica_Parkinson_Madrid.pdf
2. López-Pousa S, Garre-Olmo J, Turon-Estrada A, et al. Guía de práctica clínica sobre la enfermedad de Parkinson. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2015;41(1):1-3. <https://www.semergen.es/files/10-41-1-1-11-2015-GUIA-PARKINSON.pdf>.

Capítulo 54

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: LA IMPORTANCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

MARTA ABAD ABELLÁN

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

1 Introducción

Cuando alguien tiene una predisposición genética a la intolerancia al gluten, tiene un síndrome de malabsorción crónica. Las vellosidades del intestino delgado experimentan una atrofia severa, lo que afecta la capacidad del tracto para utilizar nutrientes digestivo.

Una de las enfermedades crónicas más prevalentes y la más frecuente en Europa. Siempre hay más conocimiento disponible sobre esta enfermedad. Poder mantener una dieta saludable es de gran ayuda, información completa y suficiente sobre quienes padecen esta enfermedad. Se cree que uno de cada 100 a 150 nacimientos vivos se ve afectado en todo el mundo. En España la prevalencia

varía entre 1/71 en niños y 1/357 en adultos, y es posible que cerca de 500.000 personas estén afectadas, aunque el 70% de ellas no lo sepa. Durante mucho tiempo, se pensó que la enfermedad celíaca era una enfermedad infantil poco común.

Cuando se introducen por primera vez en la dieta alimentos sólidos que contienen gluten entre los 4 y los 24 años, se manifiesta la forma clásica de enfermedad celíaca. Eliminando todo rastro de gluten de la dieta.

Todos los síntomas clínicos desaparecen, los cambios funcionales se revierten y, como resultado, la mucosa intestinal vuelve a la normalidad. Según diversos estudios, la enfermedad celíaca no se diagnostica en el 90% de los casos, por lo que se necesita más investigación para identificarla y diagnosticarla lo antes posible.

2 Objetivos

Describir la importancia de los cuidados del personal de enfermería pediátrica en el seguimiento de la enfermedad celíaca (EC) en niños.

3 Metodología

La preparación de este capítulo implicó la realización de una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron las dos bases de datos principales, Pubmed y CINAHL, para seleccionar artículos científicos con contenido pertinente al tema del estudio. También se realizó una búsqueda exhaustiva de libros. Palabras clave: enfermería Y enfermedad celíaca.

4 Resultados

Las pruebas serológicas son la técnica utilizada para un diagnóstico concluyente. Las dos pruebas que se utilizan actualmente para el diagnóstico de la EC han reemplazado a los anticuerpos entigliadinas anteriores y menos eficaces: los anticuerpos entidomisiales (EMA) y la transglutminasa antitejido (tTGA). La EMA se caracteriza por una sensibilidad variable y una especificidad del 99%.

En la consulta de enfermería es fundamental establecer la necesidad de identificar los signos y síntomas de la enfermedad celíaca en los niños para un diagnóstico precoz. Todo esto se hace teniendo en cuenta que la enfermera está haciendo el seguimiento.

A pesar de esto, independientemente de la clientela a la que atienda, toda enfermera debe tener un conocimiento profundo de la enfermedad celíaca. Examinar e identificar los síntomas o signos de advertencia de cualquier persona, independientemente de su edad.

En primer lugar, recuerde que los niños tienen perspectivas únicas sobre cómo funciona el mundo y cómo lo perciben. Dado que no son adultos en miniatura, la forma en que se comunican con ellos y quién lo hace debe ser diferente.

En este punto, la enfermera adquiere una importancia crucial porque, frecuentemente, el niño o adolescente asocia al médico con una mala experiencia (el diagnóstico de la enfermedad) y siente miedo con sólo ver una bata.

Perciben a la enfermera como más accesible, más espontánea y más dispuesta a compartir detalles sobre su vida diaria con ellos que con un médico. Además, debido a que existe un contacto mucho más frecuente con la niña y sus padres. Pueden controlar más de cerca los síntomas y la progresión de la enfermedad (si hay algún brote) partiendo de la premisa previamente establecida. Las enfermeras pediátricas pueden reconocer los síntomas y signos de la EC, así como los pacientes que se encuentran en categorías de alto riesgo.

Estos especialistas son cruciales en el diagnóstico precoz de niños que presentan síntomas y signos de sensibilidad al gluten y en la implementación de una dieta libre de gluten.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el diagnóstico precoz daría lugar a un cumplimiento dietético más temprano y más automático. Para evitar pensar en lo que pueden y no pueden ingerir. La complicación más grave posible es la malignidad, que depende de cuánto tiempo ha estado presente el gluten en la dieta. Estos efectos se pueden evitar con la ayuda de un diagnóstico precoz y un seguimiento continuo por parte de enfermeras pediátricas del niño celíaco.

Estas explicaciones proporcionan un contexto para la importancia de La figura de la enfermera pediátrica. Estos grupos de edad encuentran actualmente una gran utilidad y comodidad en el uso de las nuevas tecnologías. 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. A. Rubio-Tapia, C. Van Dyke, B. Lahr, et al. Predictors of Family Risk for Celiac Disease: A Population-Based Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 6 (2008), pp. 983-987.

Capítulo 55

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA DE UN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

MARTA ABAD ABELLÁN

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

1 Introducción

Una unión patológica de arterias y venas se conoce como fístula arteriovenosa. El daño a los riñones que detiene un mayor daño renal se conoce como enfermedad renal crónica. Los riñones filtran la sangre como deberían. Los efectos más significativos de esto son. A medida que los desechos se acumulan en el cuerpo, pueden provocar problemas de salud como retención de líquidos, niveles altos de potasio, enfermedades cardíacas o anemia.

Las causas más frecuentes de esta patología son la hipertensión arterial y la diabetes.

Los pacientes deben decidir si recibir un trasplante de riñón o recibirlo porque la enfermedad renal crónica puede provocar insuficiencia renal. La diálisis se

presenta en varias formas. La hemodiálisis es el proceso de eliminar sangre del cuerpo utilizando el filtro externo de la máquina de diálisis. Los pacientes en diálisis deben:

- Dentro de las 24 horas posteriores a la diálisis, retirada de los apósitos que se colocaron después de retirar la aguja.
- Humedecerlo si está muy pegajoso para evitar tirones y sangrado.
- Bajo ningún concepto se debe recoger la costra que se ha formado en el lugar de la punción sin motivo aparente.

2 Objetivos

Conocer y demostrar los cuidados de enfermería al paciente con fistulas arteriovenosas, así como el autocuidado realizado por 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

Las fistulas arteriovenosas pueden ser autólogas: Se construye uniendo arterias y venas debajo de la piel del brazo. Se recomienda colocarlo en el antebrazo o la muñeca mientras se está acostado. La hemodiálisis no puede comenzar hasta seis meses después de la cirugía.

Se inserta un tubo de plástico entre las arterias para crear una prótesis, muslos y venas de los brazos. Debería durar al menos cuatro semanas antes de comenzar un curso de tratamiento.

Las enfermeras deben realizar el cateterismo inicial de la fistula.

Los pacientes también pueden sentirse seguros porque se trata de un oleoducto. Como resultado, se induce más ansiedad y miedo. Cada vez que saques la aguja, prepárate.

Se utiliza una presión ligera y continua sobre la piel para lograr suavemente la hemostasia.

Aproximadamente de 10 a 15 minutos.

1.El personal de enfermería debe informar a los pacientes sobre estos cuidados preventivos.

- Cuando esté en reposo, evite poner peso sobre el brazo afectado.
- Nunca realizar análisis ni administrar inyecciones utilizando el brazo fistulado.
- Evitar utilizar la parte superior del brazo para transportar objetos pesados.
- Evitar ponerse joyas o ropa demasiado ajustada. Evite que el brazo de la fístula se comprima.
- Llevar pulsera de alerta de fístulas.
- Mover el brazo lentamente.
- No golpear demasiado fuerte el mango ni rayarlo.
- Evite tomar lecturas de presión arterial en el brazo donde la fístula es.

2.Los pacientes deben realizar un seguimiento de su autocuidado:

- Una vez que los escalofríos hayan desaparecido, masajear la fístula y aplicar calor seco.
- Sostener una pelota o realizar ejercicios isométricos.
- Palpación diaria para comprobar la función de la fístula. Es importante controlar a los pacientes para detectar la presencia de fístulas.
- Es necesario valorar la higiene de las venas y brazos, hematomas, signos de alerta y zonas rojas. Es una técnica aséptica, como debes saber.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de enfermería somos conscientes de que el paciente debe aprender a cuidar adecuadamente su fístula, ya que él es el responsable último de la misma. En España, uno de cada siete adultos padece enfermedad renal crónica, que afecta con más frecuencia a los hombres que a las mujeres. A pesar de que no existe cura para esta enfermedad, su aparición puede retrasarse.

El personal de enfermería debe estar actualizado en estos cuidados para poder aplicarlos en la práctica diaria y poder dar al paciente la educación sanitaria adecuada para que pueda cuidar de sí mismo. Para evitar errores que puedan poner en peligro la longevidad y conservación de la fístula arteriovenosa, el personal de enfermería también debe recibir formación en los procedimientos a seguir.

6 Bibliografía

1. Zúñiga SM Carlos, Müller O Hans, Flores O Maritza. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria.

Capítulo 56

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA HEMOCROMATOS

MARTA ABAD ABELLÁN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

1 Introducción

Una afección conocida como hemocromatosis afecta la forma en que se metaboliza el hierro, lo que provoca una acumulación excesiva del metal en varios órganos y sistemas corporales. Esta acumulación de hierro puede ocurrir en la hemocromatosis dañan específicamente órganos como el hígado y los pulmones. Existen varios tipos de hemocromatosis.

- Hereditaria o Primaria: resulta de un cambio genético, típicamente causado por mutaciones en el gen HFE, aunque existen otras enfermedades asociadas a cambios en otros genes.
- Hemocromatosis adquirida o secundaria: esta afección se produce por un aumento de los depósitos de hierro en el organismo como resultado de una serie

de factores, entre los que se incluyen transfusiones sanguíneas repetidas, anemia hemolítica, enfermedades hepáticas y alcoholismo crónico.

Los síntomas clínicos de la hemocromatosis suelen aparecer entre los 40 y 60 años (en el caso de las mujeres, suelen hacerlo más tarde porque pierden algo de sangre cada mes durante la menstruación).

Dependiendo del órgano afectado, los signos y síntomas más típicos incluyen:

- La cirrosis e incluso el carcinoma hepatocelular pueden afectar al hígado, que es el órgano más afectado.
- Piel: la pigmentación es bronceada.
- Páncreas: la acumulación de hierro en el páncreas puede favorecer la aparición de diabetes.
- Artritis en las articulaciones.

2 Objetivos

Conocer las distintas formas de hemocromatosis y los tratamientos adecuados para cada una y definir los cuidados de enfermería en flebotomía terapéutica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El hecho de que la hemocromatosis sea un trastorno hereditario (tipo I) o un trastorno adquirido (tipo II) afectará el tipo de tratamiento que se debe utilizar. Las flebotomías se realizan de forma rutinaria como parte del tratamiento terapéutico en el primer escenario. La frecuencia de estos depende de la concentración de ferritina sérica.

Tanto el ámbito de atención primaria como el hospital son lugares adecuados para administrar este tipo de atención.

El paciente primero debe someterse a una evaluación médica por parte de un médico, quien luego realizará el diagnóstico de Hemocromatosis Hereditaria, la

necesidad de sangrado terapéutico y la frecuencia de estos sangrados en función de los niveles séricos.

En consecuencia, la tarea de realizar el procedimiento recaerá en los profesionales de enfermería:

- Delinear el procedimiento para el paciente, que no debe llegar con hambre.
- Dado que el procedimiento suele durar 20 minutos, acueste al paciente en una camilla en una posición cómoda.
- Control de la presión arterial (PA); Control de frecuencia cardíaca (FC); Control de la presión arterial (PAS); Si la PAS es inferior a 100 mm Hg, no se recomienda la extracción.
- Examinar las venas para realizar flebotomía; Lo ideal es venas flexionadas (cefálica, mediana y basilica) que sean lo suficientemente grandes como para acomodar el grosor de la aguja. (aproximadamente 16G).
- Extienda el brazo hasta su máximo rango de movimiento mientras coloca el compresor a unos 5 cm por encima del lugar de punción. Aplique un antiséptico de clorhexidina con alcohol al 2 por ciento y luego déjelo secar.
- Punción de una vena. El uso de cinta adhesiva para asegurar la aguja. Desmonta el compresor.
- Coloque la bolsa de extracción más abajo que el brazo para permitir que la sangre fluya naturalmente.
- Verifique el flujo y la velocidad de extracción si hay una báscula de donación disponible. Hay que controlar la velocidad en todo momento.
- Para evitar posibles efectos negativos, la extracción no es muy alta.
- Una vez completada la extracción, pinzar la bolsa y sacar la aguja.
- En el contenedor de residuos biológicos, deseche la bolsa de sangre.
- Comprimir el punto de punción durante un mínimo de tres minutos, o hasta que no salga sangre. Se coloca apósito.
- Una nueva evaluación de los signos vitales. *Durante todo el proceso.
- Vigilar el estado de salud general del paciente, así como cualquier posible signo o síntoma de hipoperfusión, hipotensión o mareos.
- Si nota mareos, detenga la extracción, eleve la parte inferior del cuerpo, brinde al paciente un ambiente de aire fresco y controle sus signos vitales. Considere la canulación venosa como una opción de tratamiento si los síntomas empeoran y necesitan ser tratados con reposición de líquidos.
- Si el paciente se siente bien después de un período de descanso, pueden irse.
- Se le dará una lista de instrucciones, que incluyen las siguientes: No conducir, no consumir alcohol y no fumar durante las dos horas posteriores a la extracción. En las 24 horas siguientes abstenerse de realizar cualquier actividad física.

- Programe la próxima cita de flebotomía del paciente.
- Incluir en la historia clínica del paciente toda la información y cualquier incidencia descubierta durante la extracción.

5 Discusión-Conclusión

Una enfermedad llamada hemocromatosis interfiere con el metabolismo del hierro, lo que resulta en una acumulación excesiva del metal en varios órganos y en los sistemas corporales. Especialmente para órganos como el hígado y los pulmones, esta deposición de hierro puede ser perjudicial. El método terapéutico preferido para el tratamiento de la hemocromatosis es la flebotomía o sangría. Los profesionales de enfermería que realizan este procedimiento deben estar capacitados para estar atentos a posibles efectos secundarios que pueda tener el paciente. Para prever posibles complicaciones y brindar atención de alta calidad, es fundamental dar a conocer la atención de enfermería en flebotomía.

6 Bibliografía

1. Ortiz Polo, I., Paredes Archiola, J., López Serrano, A., & Moreno-Osset, E.(2012).Hemocromatosis: etiopatogenia, diagnóstico y estrategia terapéutica. Medicine.

Capítulo 57

FISIOTERAPIA EN LA RADICULOPATÍA LUMBOSACRA: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

1 Introducción

La radiculopatía lumbosacra es una patología neurológica común que afecta a la región lumbar y sacra de la columna vertebral. Se caracteriza por la compresión o irritación de las raíces nerviosas espinales que emergen de la médula espinal en esta región. Esta compresión puede ser causada por diversos factores, como hernias de disco, estenosis espinal, espondilolistesis, tumores u otras lesiones traumáticas.

La radiculopatía lumbosacra puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, limitando su capacidad para realizar actividades diarias y causando dolor crónico. El diagnóstico temprano y preciso de esta condición

es fundamental para iniciar un tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones a largo plazo.

En este trabajo, exploraremos en detalle la radiculopatía lumbosacra, centrándonos en su definición, causas subyacentes, síntomas característicos y métodos de diagnóstico utilizados en la práctica clínica. Además, destacaremos las diferentes opciones de tratamiento disponibles, con énfasis en la fisioterapia como un enfoque terapéutico eficaz y no invasivo.

Se espera que esta revisión proporcione a los profesionales de la salud, especialmente a los fisioterapeutas, una comprensión más profunda de la radiculopatía lumbosacra y sus implicaciones clínicas. Además, se espera que este documento sirva como guía para el diagnóstico y manejo óptimo de los pacientes con esta condición, mejorando así su calidad de vida y promoviendo su recuperación.

2 Objetivos

- Proporcionar una visión general de la radiculopatía lumbosacra, incluyendo su definición, causas subyacentes y mecanismos de desarrollo.
- Describir los síntomas característicos de la radiculopatía lumbosacra, tanto los más comunes como aquellos menos frecuentes pero relevantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 radiculopatía lumbosacra es una condición médica que afecta las raíces nerviosas en la región lumbar y sacra de la columna vertebral. Las raíces nerviosas se ramifican desde la médula espinal y salen de la columna a través de los espacios intervertebrales. La radiculopatía lumbosacra ocurre cuando estas raíces nerviosas se comprimen o irritan, lo que puede resultar en dolor, debilidad y alteraciones sensoriales en las áreas del cuerpo a las que los nervios afectados se dirigen.

Las causas subyacentes de la radiculopatía lumbosacra pueden ser diversas. La hernia de disco es una de las principales causas, en la cual el núcleo gelatinoso del disco intervertebral se protruye y comprime una raíz nerviosa adyacente.

Otras causas incluyen la estenosis espinal (estrechamiento del canal espinal), la espondilolistesis (deslizamiento de una vértebra sobre otra), la degeneración de los discos intervertebrales, la osteoartritis facetaria (desgaste de las articulaciones de las vértebras) y los tumores que afectan las raíces nerviosas.

Los síntomas característicos de la radiculopatía lumbosacra incluyen dolor en la parte baja de la espalda que puede irradiarse hacia las nalgas, muslos, piernas y pies. Este dolor puede presentarse como una sensación punzante, ardorosa o de descarga eléctrica. Además del dolor, es común experimentar debilidad muscular en las piernas, sensación de hormigueo, entumecimiento y disminución de los reflejos osteotendinosos en las extremidades inferiores.

En la práctica clínica, el diagnóstico de la radiculopatía lumbosacra implica una evaluación médica exhaustiva y puede incluir varios métodos de diagnóstico. Estos pueden incluir:

Historia clínica y examen físico: El médico recopila información sobre los síntomas del paciente, realiza un examen físico para evaluar la fuerza muscular, los reflejos y la sensibilidad, y busca signos de compresión nerviosa.

Estudios de imagen: Las imágenes de la columna vertebral, como radiografías, resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC), pueden ayudar a identificar las estructuras anatómicas involucradas, como hernias de disco, estenosis espinal u otros cambios degenerativos.

Estudios electrodiagnósticos: La electromiografía (EMG) y la velocidad de conducción nerviosa (VCN) pueden ayudar a evaluar la función de los nervios y los músculos, identificando posibles áreas de compresión o daño nervioso.

Una vez que se ha realizado el diagnóstico de radiculopatía lumbosacra, se pueden considerar diversas opciones de tratamiento. El enfoque terapéutico inicial generalmente es conservador y puede incluir:

Reposo y modificaciones de actividad: Evitar actividades que agraven los síntomas y mantener una postura adecuada puede ayudar a aliviar la presión sobre las raíces nerviosas.

Medicación: Se pueden recetar medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) o analgésicos para reducir el dolor y la inflamación.

Fisioterapia: La fisioterapia desempeña un papel crucial en el tratamiento de la radiculopatía lumbosacra. Los fisioterapeutas pueden diseñar programas de ejercicios específicos para fortalecer los músculos de la espalda, mejorar la flexibilidad y aliviar la presión sobre las raíces nerviosas. Además, pueden utilizar técnicas

cas de terapia manual, como la movilización espinal, para mejorar la función de la columna vertebral.

Inyecciones epidurales: En algunos casos, se pueden administrar inyecciones de corticosteroides en el espacio epidural para reducir la inflamación y aliviar el dolor.

Si los tratamientos conservadores no proporcionan alivio adecuado, se puede considerar la cirugía en casos seleccionados, como hernias de disco grandes o condiciones graves que no respondan a otras terapias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiculopatía lumbosacra es una afección que afecta las raíces nerviosas en la región lumbar y sacra de la columna vertebral, causando dolor, debilidad y alteraciones sensoriales en las extremidades inferiores. Las causas subyacentes pueden variar, desde hernias de disco hasta estenosis espinal o degeneración de los discos intervertebrales.

El diagnóstico de la radiculopatía lumbosacra se realiza mediante la recopilación de la historia clínica, el examen físico y la utilización de estudios de imagen o electrodiagnósticos. Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento inicial se basa en enfoques conservadores, donde la fisioterapia juega un papel fundamental. La fisioterapia ofrece un enfoque terapéutico eficaz y no invasivo, que incluye ejercicios específicos, terapia manual y técnicas de movilización espinal para mejorar la función de la columna vertebral y aliviar los síntomas.

En algunos casos, cuando los tratamientos conservadores no proporcionan alivio suficiente, se puede considerar la opción de cirugía. Sin embargo, la mayoría de los casos de radiculopatía lumbosacra pueden manejarse de manera exitosa sin recurrir a la cirugía.

Es importante tener en cuenta que cada caso de radiculopatía lumbosacra es único, y el plan de tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. Trabajar en estrecha colaboración con un equipo médico, que incluya fisioterapeutas, puede ayudar a garantizar un enfoque integral y personalizado para el manejo de esta condición. Con un enfoque adecuado y oportuno, la mayoría de las personas pueden experimentar una mejora significativa en sus síntomas y recuperar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Arroyo, J. F., & Jaramillo, J. A. (2017). Radiculopatía lumbosacra. En M. H. Franco

2.Rodríguez (Ed.), Tratado de Medicina Física y Rehabilitación (pp. 1287-1295). Elsevier España.

Maigne, J. Y., & Deligne, L. (2016). Manual de diagnóstico y tratamiento en osteopatía. Elsevier España.

3.Cuesta-Vargas, A. I., Gabel, C. P., & Gómez-Conesa, A. (2011). Rehabilitación basada en el ejercicio físico en el tratamiento de la radiculopatía lumbar y el síndrome del canal lumbar estrecho. Fisioterapia, 33(1), 17-24.

Capítulo 58

STRETCHING GLOBAL ACTIVO EN FISIOTERAPIA

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

1 Introducción

La Reeducción Postural Global (RPG) es un método de tratamiento manual creado por el fisioterapeuta francés Philippe Sourchard en los años 80 y está basado en la existencia de las cadenas musculares que componen el sistema músculo-esquelético.

Con el paso del tiempo, las posturas que adoptamos y el estilo de vida que tenemos, se van creando tensiones que producen acortamientos de las cadenas musculares antigravitatorias, lo que provoca deformidades anatómicas y dolor.

El primer paso de este método es el análisis exhaustivo e individualizado del paciente, de su anatomía, fisiología y postura, para después plantear un tratamiento global del individuo. Así, con la RPG, partimos de los síntomas para resolver el problema desde el origen, es decir, desde la causa.

El tratamiento con RPG se basa en la corrección de la postura corporal a través del trabajo en diferentes posiciones en las que se realiza un estiramiento global

de todas las cadenas musculares, mejorando la flexibilidad y alineando los segmentos corporales. Para llevarlo a cabo, el paciente tiene un papel activo, ya que realizará un control de la respiración, contracciones isométricas suaves de la musculatura y estiramientos activos progresivos. Por tanto, podemos decir que es un método activo, suave y progresivo.

La RPG tiene 3 principios fundamentales:

*Individualidad: Cada persona adopta una postura diferente según su anatomía y estilo de vida, por lo que se crean compensaciones distintas entre unas personas y otras.

*Causalidad: Es importante buscar la causa del problema del paciente, que no siempre es cercana al síntoma principal.

*Globalidad: El sistema músculo-esquelético está organizado en cadenas musculares, por lo que, si una parte de la cadena está afectada, también lo estará el resto.

Por ello es tan importante el trabajo global del paciente.

LAS INDICACIONES DE LA RPG SON:

*Alteraciones morfológicas.

*Problemas articulares.

*Problemas musculares.

*Alteraciones posturales.

*Problemas respiratorios.

*Enfermedades del sistema nervioso central y/o periférico.

*Dolor músculo-esquelético.

*Como prevención de lesiones en el deporte.

LAS CADENAS MUSCULARES:

*Cadena inspiratoria: Formada por el esternocleidomastoideo, escalenos, intercostales, espinales dorsales, pectoral menor, y diafragma (junto con el tendón del diafragma).

*Cadena posterior: Está formada por los músculos espinales, glúteo mayor, pelvitrocantéreos, isquiotibiales, tríceps sural, sóleo, poplíteo y tibial posterior.

*Cadena anterior: Está formada por el esternocleidomastoideo, escalenos, largo del cuello, diafragma, psoas ilíaco, fascia lata, aductores y tibial anterior.

*Cadena superior de hombro: Formada por el trapecio superior, elevador de la escápula, deltoides medio y pectoral menor.

*Cadena antero-interna del hombro: Formada por el subescapular, coracobraquial y fibras superiores del pectoral mayor.

*Cadena anterior del brazo: Formada por el bíceps braquial, coracobraquial, supinador largo, flexores de los dedos y eminencia tenar e hipotenar.

*Cadena antero-interna de cadera: Formada por el psoas ilíaco y los aductores.

*Cadena lateral de la cadera: Formada por el glúteo mayor, el piramidal, tensor de la fascia lata y los peroneos.

2 Objetivos

- 1) Dar a conocer en qué consiste la Reeducción Postural Global (RPG).
- 2) Señalar las diferentes posturas con las que se trabaja en la RPG.
- 3) Explicar los beneficios del trabajo con RPG.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado un estudio de la literatura existente sobre Reeducción Postural Global: su origen, en qué consiste, las diferentes posturas con las que se trabaja y sus beneficios terapéuticos. En primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultándose así varios libros publicados. Por otro lado, se ha realizado una búsqueda en Google académico y en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Cochrane y PEDro) de donde se ha obtenido información de los principales artículos científicos revisados. También se han revisado páginas informales como la página oficial de RPG www.rpg.org.es.

Las palabras clave utilizadas han sido: reeducación postural global, RPG, fisioterapia, stretching global activo y cadenas musculares.

4 Resultados

LAS POSTURAS BÁSICAS DE TRATAMIENTO CON RPG SON:

A) Apertura del ángulo coxofemoral con brazos juntos Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, anterior del brazo, superior del brazo y anterointerna del brazo.

* Rana en el piso: El fisioterapeuta corrige más la musculatura inspiratoria (diafragma, escalenos y pectorales), musculatura cervical, cintura escapular, miembros superiores y caderas.

* De contra la pared: Se incide más en la corrección del esternocleidomastoideo, cintura escapular, tórax y miembros inferiores.

* De pie en el medio: Se corrige el esternocleidomastoideo, la espalda, miembros inferiores, el esquema corporal y el equilibrio.

B) Apertura del ángulo coxofemoral brazos abiertos: Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, antero-interna del hombro, anterior del brazo y antero-interna el brazo. Se corrige la zona cervical, tórax, cintura escapular, miembros superiores y caderas.

* Cierre del ángulo coxofemoral con brazos abiertos: Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, antero-interna del hombro, anterior del brazo y posterior del brazo.

* Postura sentada: Se corrige más el esternocleidomastoideo, la espalda y las caderas.

* Postura rana en el aire con brazos separados: Se puede corregir mejor la columna cervical, cintura escapular, miembros superiores, tórax, caderas y miembros inferiores.

* Postura en bipedestación, flexionando el tronco: Se corrige la espalda, caderas y miembros inferiores.

C) Cierre del ángulo coxofemoral brazos juntos: Esta familia de posturas estira las caderas inspiratoria, superior del hombro, anterior del brazo y posterior del brazo.

* Postura rana en el aire con brazos juntos: Se puede corregir más la columna cervical, cintura escapular, miembros superiores, tórax, caderas y miembros inferiores.

LOS BENEFICIOS DE LA RPG SON:

Mejora la flexibilidad muscular.

Mejora la coaptación articular.

Mejora la alineación ósea, articular, muscular y tendinosa.

Mejora la postura corporal.

Alivia el dolor.

Mejora y facilita la respiración.

Contribuye a la prevención de lesiones y dolor.

Mejora la funcionalidad corporal.

SESIONES DE RPG:

El método con RPG se puede aplicar a partir de los 7 años de edad y las sesiones serán individuales y generalmente una vez a la semana, aunque se pueden realizar 2 o 3 veces a la semana si son casos muy agudos y urgentes. Normalmente la sesión tiene una duración de media hora en la que se realizarán 2 posturas. El número total de sesiones dependerá del grado de afectación del paciente y según criterio del fisioterapeuta. Por otro lado, se aconsejará y se instruirá al paciente a que realice autoposturas en casa.

5 Discusión-Conclusión

Lo que hace tan especial a la RPG y a su finalidad, es que no trata enfermedades concretas ni síntomas específicos, sino que busca la causa del problema, su origen.

Se basa en realizar un tratamiento individualizado del paciente a través de un trabajo global, siendo un método suave, activo y progresivo, en el que se respeta siempre los límites de la persona.

Diversos estudios han demostrado los enormes beneficios del tratamiento con el método de RPG como son:

- *Patología ósea, articular, muscular y tendinosa: deformidades, coaptación articular, contracturas, falta de flexibilidad muscular, tendinitis, bursitis, traumatismos, dolor, etc.

- *Patología dolorosa en columna: escoliosis, lumbalgia, etc.

- *Patología nerviosa de origen mecánico: cefaleas, vértigos, etc.

- *Alteraciones/disfunciones respiratorias.

- *Prevención de lesiones en el ámbito deportivo.

- *Prevención postural en niños y adolescentes.

- *Mejora del dolor músculo-esquelético y neurológico.

- *Mejora de la postura corporal con sus beneficios funcionales, motores, orgánicos, estéticos y psicológicos.

6 Bibliografía

- 1) "Reeducación postural global. Tradición, presente, futuro". Philippe E. Souchard, Orazio Meli, Diego Sgamma, Paolo Pillastrini. Grupo Asís Biomedica S.L. ISBN: 978-84-18706-37-0.
- 2) "RPG. Principios de la reeducación postural global". Philippe E. Souchard. Editorial Paidotribo. ISBN: 84-8019-830-3.
- 3) "Reeducación Postural Global (RPG) de Philippe Souchard. Puntos de ruptura con la diaterapia clásica". Montserrat Palacín. Natura medica tri x n.2 45 Invierno 1 996-97.
- 4) "Efectividad de la reeducación postural global frente a la facilitación neuromuscular propioceptiva, para aumentar la extensibilidad de los isquiotibiales en sujetos sanos. Estudio piloto". A. Garrido-Marín, D. Román-Guzón, P. EncinasLópez, M. Fernández-Serrano, A. Serrano-Imedio. R. Ortega-Santiago. Cuest. fisioter. 2013, 42(2): 98-106.

5) “Aplicación del tratamiento fisioterapéutico de reeducación postural global, en el síndrome del túnel carpiano a las secretarias de la universidad técnica de Ambato. Periodo enero-abril 2014. Universidad técnica de Ambato. Ramón Cruz, Natalia de los Ángeles

Capítulo 59

PAPEL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN ENTRE UN ALTO I.M.C. Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ALICIA GARCIA PECO

ANDREA MORCILLO CARDENAS

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

En la actualidad, las patologías de tipo cardiovascular están consideradas como la primera causa mortal en el mundo y, testigo de tales estadísticas, es el personal de enfermería que ha de trabajar para prevenir la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular. Además, recientemente, la Organización Mundial de la Salud ha manifestado que existe una elevada prevalencia de obesidad y sobrepeso entre la población. También de manera reciente, la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) señala un incremento del número de personas con obesidad en nuestro país e incluso, las estadísticas reflejan cifras que superan el 30% en individuos de más de 55 años.

Las investigaciones que se han desarrollado en los últimos años ponen de relieve una intensa relación entre la obesidad y el sobrepeso con la probabilidad de padecer alguna patología de tipo cardiovascular, lo que supone un serio problema para la salud, debido a la alta morbilidad asociada.

El personal de enfermería debe detectar a tiempo los posibles factores de riesgo para el individuo y, además, hacer un seguimiento detallado de la evolución de cada paciente afectado por una problemática tan frecuente. Entre los factores de riesgo más destacados, relacionados con un alto índice de masa corporal (IMC), se encuentran una inadecuada alimentación y la falta de actividad física regular y moderada.

2 Objetivos

Exponer y describir acerca de la relación existente entre un elevado índice de masa corporal y el riesgo para el individuo de sufrir alguna enfermedad cardiovascular

3 Metodología

La presente publicación ha sido posible tras una investigación basada en la búsqueda y revisión de bibliografía relacionada con el tema de interés. Para ello ha sido necesario recurrir a portales web de interés científico - sanitario como son Scielo, PubMed o Medline, entre otros, haciendo una exhaustiva selección de libros, artículos y otras publicaciones, a partir de las bases de datos disponibles en las citadas páginas de Internet.

4 Resultados

Las investigaciones llevadas a cabo durante años han permitido saber que el sobrepeso y la obesidad suele implicar un incremento de la presión arterial y un mayor gasto cardíaco. El motivo principal suele ser la presencia de sedimentos de grasa adheridos a la pared de los vasos sanguíneos que causan un daño potencialmente peligroso.

En diversas investigaciones se ha encontrado una estrecha relación entre un elevado I.M.C. y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Como cifras, la Organización Mundial de la Salud refiere que el 11% de los hombres y el 15% de las mujeres del mundo son obesos. No obstante, los estudios

llevados a cabo permiten considerar que 3/4 partes de la población con obesidad sufren problemas derivados de esta; especialmente si el I.M.C. es igual o superior a 30.

Un elevado I.M.C. no afecta únicamente a nivel cardiovascular, pues también supone serias consecuencias para otros aparatos y sistemas que conforman al ser humano. De hecho, las patologías respiratorias son bastante frecuentes, al igual que ocurre con otras enfermedades como la diabetes mellitus, entre otras. La detección precoz, el control y el seguimiento de la evolución de cada paciente, por parte del personal de enfermería, puede evitar graves consecuencias que se irán manifestando progresivamente, siendo necesario adoptar medidas adecuadas y precoces que se mantengan en el tiempo. Es decir, el personal de enfermería debe fomentar la adquisición y el mantenimiento de hábitos de vida saludable.

Entre los consejos de enfermería podemos encontrar, principalmente:

- La reducción del consumo de azúcares y grasas.

- La realización de actividad física regular y moderada.

Para lograr la adquisición y el mantenimiento de hábitos de vida saludables, el personal sanitario debe prestar atención a la relación terapéutica que mantiene con el paciente, en la que toma buena parte, una adecuada comunicación.

5 Discusión-Conclusión

La información recabada en diferentes fuentes bibliográficas permite concluir que las cifras de obesidad y sobrepeso han aumentado a nivel mundial, en los últimos años. Por este motivo, y sumado a las graves consecuencias para la salud, debido a morbilidad asociada, se hace necesario que el personal de enfermería sepa identificar e intervenir de manera adecuada para reducir los factores de riesgo.

Los profesionales de la salud, en aras de mejorar la calidad de vida y evitar una disminución de longevidad del individuo, han de fomentar la adquisición de hábitos de vida saludables, especialmente relacionados con la dieta y la actividad física, que se habrán de mantener a lo largo de la vida.

6 Bibliografía

1. Aranceta-Bartrina J, Ganzo-Citores M, Pérez-Rodrigo C. Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in the Spanish population aged 3 to 24 years. The ENPE study. *Rev Española Cardiol*. Ed. 2020;73:290–9.

2. Kotsis V, Jordan J, Micic D, Finer N, Leitner DR, Toplak H, et al. Obesity and cardiovascular risk: A call for action from the European Society of Hypertension Working Group of Obesity, Diabetes and the High-risk Patient and European Association for the Study of Obesity: Part A: Mechanisms of obesity induced hypertension. *J Hypertens*. 2018; 36:1427–40.
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2020 [cited 2021 Apr 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.

Capítulo 60

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO PULMONAR Y AUDITIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ALICIA GARCIA PECO

ANDREA MORCILLO CARDENAS

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

Es el traumatismo pulmonar motivado por la presión positiva, dando lugar a la formación de aire fuera del espacio alveolar, ocasionando diferentes complicaciones: enfisema intersticial, neumomediastino, enfisema subcutáneo, neumotórax, embolia gaseosa, etc. Acontecen tanto por buceo como por ascensos atmosféricos, así como los procedentes por soporte ventilatorio mecánico.

Las lesiones ocasionadas por Barotrauma atmosférico afectan fundamentalmente a oídos y senos, mientras que las de buceo son por descompresión con embolia. El Barotrauma pulmonar se puede originar por buceo y por ventilación mecánica. Cuando se ocasiona el Barotrauma manifiesta una sintomatología típica: Dolor de oídos, mareo, pérdida de la audición, barotrauma, taponamiento en los oídos

Causas En el Barotrauma se ocasiona por cambios de presión que inciden de modo adverso en el oído, al no lograr la trompa de Eustaquio equilibrar la presión en los tímpanos. Para la prevención del Barotrauma diremos que los sujetos que viajan con demasiada frecuencia en avión y los buceadores deben ostentar una trompa de Eustaquio que funcione correcta y convenientemente, así como ser capaces de saber “destaponar” los oídos con los ejercicios de deglución, o mediante o a través del bostezo o en su defecto de la auto insuflación.

El otorrinolaringólogo puede concebir una evaluación del funcionamiento observando el tímpano. A los sujetos que viajan en avión se les encomienda emplear descongestionantes orales antes del viaje en vuelo o nebulizadores nasales precedentemente de aterrizar. A los buceadores se les provee, conocimientos y entrenamiento para lograr prevenir todas las tipologías de Barotrauma de oído.

2 Objetivos

- Conocer el Barotrauma auditivo, asimismo, de su tratamiento y descripción del llamado síndrome de descompresión.
- Describir el Barotrauma pulmonar y el tratamiento de sus posibles complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el oído externo, si se ocasiona un Barotrauma auditivo, será lo que acontecerá cuando el buceador desciende con tapones, ocasionándole una otorragia por la aparición de bullas con ocasión de la rotura del tímpano. La afectación del oído medio es la más acostumbrada; acontece por el contraste de presiones que sufre el oído medio entre el CAE y la trompa de Eustaquio si no se ostenta la precaución de efectuar y ejecutar maniobras de Valsalva mientras se desciende. Asimismo,

por la falta o merma de permeabilidad de la trompa de Eustaquio. Ocasiona intenso dolor y una rotura timpánica. El oído interno se logra afectar con la rotura de las ventanas oval y redonda, surgiendo un cuadro repentino, imprevisto y brusco de vértigo, nistagmo, y acúfenos.

El Barotrauma sinusal se ocasiona cuando los agujeros de drenaje están obstruidos en descensos de buceo; ocasionando una epistaxis en conjunto con dolor. Tratamiento. Mantener oído seco, evitar de bucear y volar mientras el tímpano esté afectado; descongestionantes nasales y antihistamínicos, pueden ir bien, no así los antibióticos tan usados, ya que no han demostrado su eficacia. Síndrome de descompresión. Acontece por los descensos de más de 10 metros.

El nitrógeno tiene una reacción la cual se disuelve en la sangre al verse muy incrementada la presión y si el ascenso es exponencialmente rápido se inducen burbujas en el torrente sanguíneo y los tejidos. Las manifestaciones clínicas se desencadenan inminentemente y hasta 12 horas posteriormente, ostentándose dolor en las articulaciones, mialgias, prurito con inclusive aparición de rash, jaqueca, fatiga, trastornos visuales y de comportamiento, dolor esternal, tos y disnea.

El tratamiento es la descompresión en cámara hiperbárica, la cual puede ser muy eficaz aun si se retrasa hasta más de una semana. No subestimar nunca los sucesos, aunque tengan escasez de sintomatología. Barotrauma o trauma pulmonar. Acontece en la práctica de buceo con bombonas de aire comprimido, asimismo, acontece en los pacientes conectados a la ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos, siendo apreciada la lesión pulmonar más frecuente coligada a la ventilación mecánica. Se ocasiona una sobre distensión de alvéolos pulmonares con consecuencia de rotura y escape de aire al intersticio pulmonar y la cavidad pleural, originándose el consecuente neumotórax y el enfisema subcutáneo o mediastínico. La entrada del aire a los vasos sanguíneos da lugar a las embolias arteriales.

El tratamiento estipulado no va dirigido a él, sino a dichas complicaciones. Volutrauma: Es la sobre distensión pulmonar local coligada a un elevado volumen circulante. Biotrauma: Sobre la distensión pulmonar local originaria por una ventilación con volúmenes inspiratorios excesivos coligados a bajos niveles de PEEP. Atelectrauma: Lesión del parénquima pulmonar originaria por una ventilación con unos bajos volúmenes inspiratorios mancomunados a niveles inconvenientes de PEEP (principalmente en pacientes son SDRA). En la exposición de este artículo destacaremos en nuestra opinión que son sucesos que en ocasiones se pueden evitar con una debida instrucción, entrenamiento y conocimientos.

En el trauma/Barotrauma auditivo, en el oído externo, el buceador desciende con tapones, pudiendo originar otorragia por la aparición de bullas por rotura del

tímpano. La afectación del oído medio es la más habitual, puede ser debido por la falta de permeabilidad de la trompa de Eustaquio. Ocasiona un intenso dolor y rotura timpánica. En referencia al oído interno se puede afectar con la rotura de las ventanas oval y redonda. Respecto al Barotrauma sinusal se ocasiona cuando los agujeros de drenaje están obstruidos. El tratamiento es la descompresión en cámara. El Barotrauma pulmonar, acontece en buceo con bombonas de aire comprimido y en pacientes conectados a ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos, produciéndose el consecuente neumotórax y el enfisema subcutáneo o mediastínico. El tratamiento es el de las citadas complicaciones. Que como personal enfermero debemos ser conocedores de todas ellas.

5 Discusión-Conclusión

En la exposición de este artículo destacaremos como profesionales de la enfermería y en nuestra opinión que son sucesos y situaciones con consecuencias graves que en la gran mayoría de las ocasiones estos se pueden evitar con una debida instrucción, entrenamiento y conocimientos, del que va a realizar alguna de las actividades mencionadas anteriormente, aunque no necesariamente tiene que ser por esto, sino que también se pueden dar en pacientes conectados a ventilación mecánica, para que estos casos no lleguen a ocurrir, y que en caso de que se acontezcan como profesionales de la enfermería debemos estar preparados para su correcto manejo y atención, sabiendo que a la hora de tratarlos, lo que vamos a primar será el manejo y tratamiento de las complicaciones que se produjeron.

6 Bibliografía

1. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/barotrauma>
2. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-por-submarinismo-y-aire-comprimido/barotrauma>
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/airplane-ear/symptoms-causes/syc-20351701>
4. <https://altioem.com/informacion-pacientes-patologias/medicinasubacuatica-hiperbárica/barotrauma-de-oído-interno/>

Capítulo 61

CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ALICIA GARCIA PECO

ANDREA MORCILLO CARDENAS

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

Cuando entramos por la puerta de un centro hospitalario, casi desde el inicio, nos damos cuenta de multitud de ruidos en nuestro entorno, desde las alarmas de monitores o instrumental, hasta el arrastre de las camas o sillas o el sonido de máquinas de diagnóstico, todo junto indica cómo los profesionales que allí trabajan están expuestos durante toda la jornada. Desde el siglo pasado, allá por la década de los noventa, la OIT (Organización Internacional del Trabajo) decidió crear normas que ayudarán a evitar los riesgos laborales en los centros de trabajo. España promueve la prevención de los riesgos laborales desde la Ley 31/95, con la que hace partícipes a los profesionales junto a los empresarios de la importancia

y premisa de medidas preventivas para evitar que la exposición a los diferentes riesgos laborales a los que logran estar expuestos lleguen a empeorar su salud o repercuten en ella, así como previniendo posibles enfermedades o patologías y a consecuencia del número de bajas se reducirá.

El ruido, como un riesgo laboral, podemos decir que ha coexistido siempre, aunque no se le diese la importancia conveniente. La industrialización, la aparición de maquinaria, incremento en la exposición al mismo, ya que cualquier máquina por muy silenciosa que sea siempre va a afectar.

Está claro que la salud de un profesional siempre se logra ver afectada por el entorno de trabajo en el que se sitúe su puesto, por lo que el empresario y/o los responsables de prevención, tendrán que lograr ambientes convenientes a los requerimientos de los profesionales.

2 Objetivos

- Definir cómo perturba el ruido y cómo afecta en el entorno sanitario a los profesionales.
- Explicar que es el ruido, desde la perspectiva laboral, es decir, como riesgo laboral físico.
- Determinar qué medidas se logran aplicar para evitar que este riesgo laboral afecte a los profesionales de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Se efectúa una búsqueda y revisión bibliográfica a través de distintas bases de datos como: Medline, Science Direct, Cuiden, SciELO, Dialnet y Pubmed, además de en los buscadores Google Académico y Jurn.

Se han utilizado las siguientes palabras clave en castellano, ruido laboral, ruido en centros sanitarios, ruido y profesionales sanitarios, ruido y salud laboral. Se ha excluido aquellos que no tenían rigor académico, o que solo eran artículos de opinión. Revisamos quince publicaciones, todas ellas posteriores al año 2005.

4 Resultados

Fue en el siglo XVII, con el ensayo “De morbis Artificum Diatriba” cuando se da a conocer como el entorno laboral y las condiciones que se dan en el punto a

desempeñar, afectaban en la salud de los profesionales. Es por eso por lo que se reconoce a su autor Bernardino Ramazzini, como el padre de la Medicina Laboral. Según la Ley 31/95 de Prevención de riesgos laborales, se medita riesgo laboral a aquella probabilidad que tiene el profesional de sufrir un daño durante su actividad laboral. Además, define prevención, como las actividades previstas para evitar o minimizar los riesgos.

Es, por tanto, importante que los empresarios o las direcciones mediante los responsables de Prevención de Riesgos Laborales mantengan en circunstancias convenientes el entorno laboral de los profesionales, pues además de mejorar su salud, ayudará a una productividad más alta, pues el número de bajas laborales claramente será menor. Cuando un sonido por algún motivo se hace desagradable o molesto para un profesional, impide la buena comunicación, perturba el ambiente u ocasiona daño a los profesionales que lo percibe, se le conoce como ruido.

La pérdida de audición, como consecuencia de la exposición a los ruidos que surgen en los entornos de trabajo, es la enfermedad profesional que más afecta en Europa, según estudios de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. La unidad de medida del ruido son los decibelios. Hay que decir, que no los sonidos con mayor número de decibelios van a ser los más dañinos, pues además de la potencia de este, hay otros elementos a tener en cuenta.

El ruido logra afectar de diversos modos a la salud auditiva del profesional laboral, algunos efectos son:

- Hipoacusia, que es la sordera permanente, en mayor o menor grado, producida por la constante exposición a ruidos difícilmente tolerables o muy fuertes, sin estar protegidos, mediante el EPI (equipo de protección individual) conveniente o por efectuar jornadas más largas de lo indicado bajo circunstancias nocivas o inconvenientes a nivel auditivo. Comienza con la pérdida de tonos bajos para finalizar con la imposibilidad de percibir ningún sonido.
- Cansancio en la audición, se pierde y se ve menoscabada la capacidad de oír sonidos durante un tiempo determinado y se recupera tras un conveniente descanso. Se suele originar por un bloque mecánico del oído interno.

Otros daños que se logran originar son los daños psíquicos, estos se dan en el profesional por la dificultad que logra tener para comunicarse con compañeros y no efectuar convenientemente el trabajo, lo que le lleva a cuadros de ansiedad que, de no ser tratados a tiempo, logran conllevar a patologías más serias como depresión o estrés, que logran afectar también a la vida íntima y familiar.

Además, logra verse alterada la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, el ritmo respiratorio que logran dar lugar a síncope o desmayos. Para saber lo que afecta

en el profesional el ruido, se tendrán en consideración varios elementos como la presión sonora, medida en decibelios; la frecuencia, que son las veces por unidad de tiempo que se repite un ciclo y que medimos en hertzios; la distancia al emisor, medida en metros o el tiempo de exposición, que, según la ley, queda establecida en un máximo de ocho horas diarias. Hay que dejar claro que no a todas los profesionales les va a afectar del mismo modo los distintos ruidos, aquí la parte cultural también juega un gran papel, pues aquella profesional que se ha criado en un entorno ruidoso con voces, gritos o sonidos estridentes a su alrededor no se va a ver afectada como aquella que se ha criado en un entorno silencioso.

En los diversos artículos revisados, queda claro que hay diversos tipos de ruidos, el ruido de impacto es aquel que dura menos de un segundo y decrece en el tiempo; ruido estable, es el que se mantiene sus decibelios más o menos constantes, no se incrementa ni disminuye por encima de cinco decibelios o el ruido aleatorio, aparece y desaparece a lo largo de la jornada laboral.

En un centro hospitalario, desde que entramos por la puerta, podemos encontrarnos con ruidos muy diferentes y diversos, tanto en fuerza como en origen, desde las máquinas de limpieza que se encuentran por los pasillos, herramientas de trabajos del profesional de mantenimiento, alarmas de dispositivos de cuidado o diagnóstico como los monitores, TAC, ecógrafos, respiradores hasta altavoces para las llamadas del profesional o de enfermos, movilización de camillas, carros de comida, etc.

Todos ellos afectarán al profesional de diversas formas, pues ante la imposibilidad de escuchar a sus compañeros, las órdenes de trabajo, logra efectuar mal sus funciones, llevándole a cuadros de ansiedad y estrés que afectarán su capacidad laboral. La media de ruido, según los estudios contrastados, en un hospital, alcanza los 50/70 decibelios, cuando la media de sonido conveniente ronda los 30 dB.

5 Discusión-Conclusión

Para aumentar la calidad del trabajo efectuado por el profesional, es importante que los sistemas de Prevención de Riesgos Laborales adecuen los entornos laborales para evitar riesgos como es el ruido. Insonorizar las zonas de pruebas diagnósticas ruidosas con los TAC o resonancia, además de elevarlas para que no vibren los suelos del lugar de trabajo, son alguna de las medidas que se llegan a tomar.

Formar a los profesionales y lograr que todos participen de las medidas de seguridad, hará que sea más seguro su trabajo, evitando el absentismo laboral por

bajas. La prevención siempre es la medida más conveniente para evitar los riesgos laborales.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/com>.
2. Teles RM, Medeiros MPH. Perfil audiométrico de trabalhadores do distrito industrial de Maracanaú - CE. Rev. soc. bras. fonoaudiol. [periódico en el Internet]. 2007 set [citado 2008 ago. 31]; 12(3): 233-239. Disponível em: <http://www.scielo.br>. [Links].
3. Ganime JF. Borracha: aplicação em instalação de tratamento de minérios. In: Simpósio Mínero - Metalúrgico da UFMG, 1993, Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG, 1993. [Links].
4. Ganime J.F., Almeida da Silva L., Robazzi ML do C.C., Valenzuela Sauzo S., Faleiro S.A. El ruido como riesgo laboral: una revisión de la literatura. Enferm. glob. [Internet]. 2010 jun [citado 2020 Ene 28]; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200020&lng=es.
5. <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/57>.

Capítulo 62

COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

MARTA ESCRIBANO RUEDA

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La preparación de citostáticos hospitalarios se refiere al proceso altamente especializado de manipulación y mezcla de medicamentos citotóxicos o citostáticos en un entorno de atención médica. Estos medicamentos se utilizan en el tratamiento del cáncer y otras enfermedades relacionadas con la proliferación celular anormal. La preparación precisa y segura de estos fármacos es esencial para garantizar su eficacia y para proteger la salud del personal médico y de los pacientes.

El proceso de preparación de citostáticos involucra varios pasos críticos:

Recepción y almacenamiento seguro: Los medicamentos citotóxicos deben almacenarse adecuadamente y recibirse de manera segura para evitar daños o contaminación.

Preparación aséptica: Se realiza en un área especializada y se siguen estrictas normas de asepsia para evitar la contaminación del medicamento.

Cálculo de dosis: El personal médico calcula con precisión la cantidad requerida de citostáticos para cada paciente, basándose en la prescripción médica.

Mezcla y dilución: Los medicamentos pueden requerir dilución y mezcla con otros líquidos. Esto se realiza con precisión y bajo condiciones controladas.

Etiquetado y documentación: Cada medicamento se etiqueta con información detallada, incluyendo el nombre del paciente, la fecha de preparación y la dosis.

Entrega segura: Los medicamentos preparados se entregan a la unidad de atención médica correspondiente de manera segura, garantizando que se administren correctamente al paciente.

Es fundamental que la preparación de citostáticos sea realizada por personal capacitado y con experiencia, ya que cualquier error o contaminación podría tener consecuencias graves para la salud de los pacientes y el personal. El proceso se rige por estrictas regulaciones y directrices para garantizar la seguridad y eficacia de estos medicamentos en el tratamiento del cáncer.

2 Objetivos

Explicar cómo actúa el enfermero en la preparación de citostáticos.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa como Pubmed o Google Académico, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

La función del enfermero en la preparación de citostáticos es crucial para garantizar la seguridad y eficacia en el tratamiento de pacientes con cáncer. Este proceso altamente especializado implica una serie de responsabilidades clave para el enfermero:

Recepción y almacenamiento seguro: El enfermero debe recibir los citostáticos y verificar que los medicamentos estén en condiciones adecuadas. Esto incluye verificar la fecha de caducidad y el estado del envase. Los citostáticos deben almacenarse en un área designada y controlada para garantizar su integridad y prevenir la contaminación.

Cálculo preciso de dosis: El enfermero debe calcular con precisión la dosis requerida para cada paciente, basándose en la prescripción médica y la concentración del medicamento. Cualquier error en los cálculos podría tener consecuencias graves.

Preparación aséptica: La preparación de citostáticos se realiza en un entorno de trabajo altamente estéril. El enfermero debe seguir protocolos rigurosos de asepsia para evitar la contaminación del medicamento. Esto incluye el uso de guantes estériles y la limpieza adecuada de las superficies de trabajo.

Mezcla y dilución precisa: Algunos citostáticos requieren dilución o mezcla con otros líquidos antes de su administración. El enfermero debe llevar a cabo este proceso con precisión, siguiendo las indicaciones del fabricante y el protocolo hospitalario.

Etiquetado y documentación: Cada preparación de citostáticos debe estar claramente etiquetada con información detallada, como el nombre del paciente, la fecha de preparación, la dosis y las advertencias de seguridad. La documentación precisa es esencial para el seguimiento y la trazabilidad.

Entrega segura: Una vez que los citostáticos están listos, el enfermero se encarga de entregarlos a la unidad de atención médica correspondiente de manera segura y oportuna. Esto garantiza que los medicamentos lleguen a manos del personal de enfermería que los administrará a los pacientes.

Educación al paciente: El enfermero también juega un papel en la educación del paciente sobre la terapia con citostáticos. Proporciona información sobre los efectos secundarios posibles, las precauciones y las pautas para el manejo en el hogar.

Seguridad del personal: Además de cuidar la seguridad del paciente, el enfermero se asegura de que el personal involucrado en la administración de citostáticos tenga el equipo de protección adecuado y siga las precauciones necesarias para evitar la exposición a estas sustancias tóxicas.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una buena preparación de citostáticos hospitalarios, es esencial seguir protocolos estrictos y tomar medidas de seguridad adecuadas. En primer lugar, siempre se debe realizar la preparación en un área designada y controlada, siguiendo prácticas asépticas rigurosas para evitar la contaminación. El uso de guantes estériles y la limpieza constante de las superficies son fundamentales.

Segundo, se deben utilizar equipos y utensilios exclusivos para la preparación de citostáticos, evitando la contaminación cruzada con otros medicamentos o sustancias. Además, se debe verificar la compatibilidad de los medicamentos y las diluciones necesarias para asegurar la administración correcta.

La capacitación y la actualización periódica del personal son esenciales. Mantenerse al tanto de las últimas pautas y recomendaciones en la preparación de citostáticos es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y del personal de salud. Además, es importante contar con un sistema de doble verificación para minimizar errores.

Una buena preparación de citostáticos requiere atención meticulosa a la asepsia, el uso de equipo adecuado, capacitación continua y verificación constante. Cumplir con estos estándares de seguridad es esencial para brindar a los pacientes un tratamiento efectivo y seguro contra el cáncer.

6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de enfermería*, 30(3), 271-285.

Capítulo 63

COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

MARTA ESCRIBANO RUEDA

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las fórmulas magistrales son preparaciones farmacéuticas personalizadas elaboradas por un farmacéutico según una prescripción médica específica para satisfacer las necesidades individuales de un paciente. Estas preparaciones se utilizan cuando no existen productos comerciales disponibles que se adapten a las necesidades de tratamiento de un paciente en particular.

Las fórmulas magistrales pueden tomar diversas formas, como cápsulas, cremas, soluciones líquidas, supositorios o cualquier otra forma farmacéutica necesaria para la administración del medicamento. Estas formulaciones se elaboran a partir de materias primas farmacéuticas de alta calidad y se ajustan con precisión para cumplir con la dosis y las especificaciones requeridas.

Algunas situaciones en las que se pueden utilizar fórmulas magistrales incluyen:

Alergias o intolerancias a excipientes: Si un paciente es alérgico o intolerante a ciertos componentes presentes en los medicamentos comerciales, se pueden formular alternativas personalizadas sin esos ingredientes.

Necesidades de dosificación específicas: En casos en que se requiera una dosis única o una concentración específica que no esté disponible comercialmente, las fórmulas magistrales permiten la adaptación precisa.

Medicamentos discontinuados: Si un medicamento necesario ha sido discontinuado por el fabricante, un farmacéutico puede formular una alternativa.

Necesidades pediátricas: Las formulaciones magistrales permiten ajustar las dosis para niños cuando no se dispone de una versión pediátrica comercial.

Casos de enfermedades raras o poco comunes: En situaciones en las que se enfrenta a condiciones médicas raras o poco comunes, las fórmulas magistrales pueden ser la única opción viable.

Las fórmulas magistrales representan una parte importante de la farmacia personalizada, brindando a los pacientes acceso a tratamientos farmacéuticos adaptados a sus necesidades específicas, con la supervisión y la experiencia de un farmacéutico. Estas formulaciones juegan un papel esencial en la atención médica individualizada y en la satisfacción de las necesidades terapéuticas únicas de cada paciente.

2 Objetivos

Mostrar el papel del enfermero en la preparación de fórmulas magistrales.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel del enfermero en la preparación de fórmulas magistrales en el hospital es crucial para garantizar la seguridad y la eficacia de estos medicamentos personalizados. Aunque la preparación de fórmulas magistrales es principalmente responsabilidad del farmacéutico, los enfermeros desempeñan un papel fundamental en varias etapas del proceso:

Recepción de la prescripción: El enfermero es el primer punto de contacto para recibir la prescripción médica que requiere una fórmula magistral. Deben asegurarse de que la prescripción esté completa y sea legible, y comunicarla de manera precisa al farmacéutico.

Comunicación con el farmacéutico: El enfermero trabaja en estrecha colaboración con el farmacéutico para discutir las necesidades del paciente y garantizar que la fórmula magistral se adapte a esas necesidades. Esta comunicación es esencial para comprender la dosis, la forma farmacéutica y los posibles ajustes requeridos.

Preparación del paciente: Los enfermeros explican al paciente la necesidad de una fórmula magistral y proporcionan información sobre la administración y los posibles efectos secundarios. También pueden ofrecer apoyo emocional para reducir la ansiedad relacionada con el tratamiento personalizado.

Administración segura: Una vez que la fórmula magistral está lista, el enfermero es responsable de su administración al paciente. Deben seguir protocolos estrictos de seguridad, como la verificación de la identidad del paciente, la dosis correcta y la técnica de administración adecuada.

Vigilancia y seguimiento: Los enfermeros son responsables de monitorear al paciente después de la administración de la fórmula magistral para detectar cualquier efecto adverso o reacción inesperada. Esto incluye la observación de signos vitales y la comunicación de cualquier problema al equipo médico.

Educación continua: Los enfermeros deben mantenerse actualizados sobre las fórmulas magistrales y las terapias personalizadas disponibles para poder brindar información precisa y apoyo al paciente.

Documentación precisa: Llevar un registro completo y preciso de la administración de la fórmula magistral es esencial para la trazabilidad y el seguimiento del tratamiento. Los enfermeros deben registrar la dosis, la hora de adminis-

tración y cualquier observación relevante.

El enfermero desempeña un papel esencial en el proceso de preparación y administración de fórmulas magistrales en el hospital. Su colaboración con el farmacéutico, su enfoque en la seguridad del paciente y su capacidad para brindar apoyo y educación son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban terapias personalizadas de manera efectiva y segura.

5 Discusión-Conclusión

Una buena técnica de preparación de fórmulas magistrales hospitalarias es esencial para garantizar la seguridad y la eficacia de estos medicamentos personalizados. Aquí hay algunas recomendaciones clave para los enfermeros involucrados en este proceso:

Primero, sigue rigurosamente las instrucciones del farmacéutico y el protocolo establecido para la preparación de la fórmula. Asegúrate de medir y mezclar los ingredientes con precisión y en el orden correcto. Verifica las etiquetas y los recipientes para evitar errores en la identificación de los componentes.

Segundo, mantén un entorno limpio y estéril durante todo el proceso. Utiliza equipo y utensilios desechables o esterilizados, y desinfecta las superficies de trabajo de manera regular. La asepsia es esencial para prevenir la contaminación de la fórmula.

Además, mantén una comunicación abierta con el farmacéutico en caso de cualquier duda o problema durante la preparación. La colaboración efectiva es clave para abordar cualquier desafío que pueda surgir.

La preparación de fórmulas magistrales hospitalarias requiere precisión, asepsia y comunicación efectiva. Siguiendo estas recomendaciones, los enfermeros pueden contribuir al éxito de este proceso y asegurar que los pacientes reciban medicamentos personalizados de alta calidad y seguros.

6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de enfermería*, 30(3), 271-285.

Capítulo 64

COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

MARTA ESCRIBANO RUEDA

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La medicación oral se refiere a cualquier forma de medicamento que se toma por vía oral, es decir, por la boca, con el propósito de tratar una amplia variedad de condiciones médicas. Estos medicamentos vienen en diversas formas, como tabletas, cápsulas, líquidos, comprimidos masticables, entre otros. La elección de la forma oral de administración es común debido a su comodidad y facilidad de uso.

Las ventajas de la medicación oral incluyen la capacidad de autoadministración por parte del paciente en la mayoría de los casos, lo que promueve la autonomía y la adherencia al tratamiento. Además, la medicación oral es adecuada para una amplia gama de afecciones, desde enfermedades crónicas hasta tratamientos a corto plazo.

Sin embargo, es importante destacar que la medicación oral puede tener desafíos, como la posibilidad de que algunos pacientes tengan dificultades para tragar tabletas o cápsulas, y que algunos medicamentos no sean adecuados para la administración oral debido a la degradación en el sistema digestivo.

La correcta administración de la medicación oral es esencial, y los pacientes deben seguir las instrucciones de dosificación proporcionadas por su médico o farmacéutico. La adherencia a la dosis y el horario recomendados son críticos para lograr los resultados terapéuticos deseados. Los profesionales de la salud, incluidos médicos y farmacéuticos, desempeñan un papel clave en la educación de los pacientes sobre la administración adecuada de medicamentos orales y en la supervisión de su efectividad y seguridad. En general, la medicación oral es una forma común y efectiva de tratamiento en la atención médica moderna.

2 Objetivos

Mostrar el papel del enfermero en la preparación de medicación oral.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Las funciones del enfermero en la preparación y administración de la medicación oral al paciente son fundamentales para garantizar la seguridad y la efectividad del tratamiento. A continuación, se describen estas funciones en detalle:

Evaluación del paciente: Antes de administrar cualquier medicamento oral, el enfermero debe evaluar al paciente. Esto incluye verificar la identidad del paciente, obtener su historial médico, alergias y cualquier otra información relevante. Es esencial asegurarse de que el paciente esté adecuadamente informado sobre el medicamento que se le va a administrar.

Preparación del medicamento: El enfermero es responsable de preparar la medicación oral de acuerdo con la prescripción médica y las normas de seguridad establecidas. Esto puede incluir la extracción de tabletas o cápsulas de su envase original, el uso de jeringas orales para medir líquidos, o incluso la trituration de tabletas si es necesario para pacientes con dificultades para tragar.

Verificación de la dosis: Es crucial que el enfermero verifique que la dosis preparada sea la correcta y esté de acuerdo con la prescripción médica. Esto evita errores en la administración de la medicación.

Educación del paciente: Antes de administrar la medicación, el enfermero debe explicar al paciente los detalles importantes, como el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia y los posibles efectos secundarios. Esto empodera al paciente y promueve la adherencia al tratamiento.

Administración segura: Durante la administración, el enfermero debe asegurarse de que el paciente tome el medicamento de manera adecuada. Esto puede incluir verificar que el paciente trague el medicamento y no lo retenga en la boca.

Registro y documentación: El enfermero debe llevar un registro preciso de la administración de la medicación, incluyendo la fecha, la hora, la dosis y cualquier observación relevante. Esto es esencial para el seguimiento del tratamiento y la comunicación con otros miembros del equipo de atención médica.

Evaluación de efectos y seguimiento: Después de la administración, el enfermero debe vigilar al paciente en busca de posibles efectos secundarios o reacciones adversas. Si se presentan problemas, debe comunicarlo al médico de inmediato.

Seguridad y almacenamiento: El enfermero también es responsable de garantizar que los medicamentos se almacenen de manera segura y se mantengan fuera del alcance de los pacientes no autorizados.

El enfermero tiene un papel crucial en la preparación y administración segura de medicamentos orales. Su atención a los detalles, la comunicación efectiva con el paciente y el registro preciso son esenciales para garantizar que los pacientes reciban la medicación adecuada de manera segura y que se logren los resultados terapéuticos deseados.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave del enfermero para una buena administración de la medicación oral es la educación al paciente. Es fundamental explicar de manera clara y comprensible al paciente sobre el medicamento que se le está administrando, incluyendo el nombre, la dosis, la frecuencia y los posibles efectos secundarios. Asegurarse de que el paciente comprenda completamente su tratamiento fomenta la adherencia y la toma segura de la medicación en el hogar.

Además, es esencial establecer un entorno tranquilo y cómodo para la administración de la medicación. Esto puede reducir la ansiedad del paciente y facilitar la ingestión. El enfermero debe alentar al paciente a beber suficiente agua después de tomar la medicación, a menos que se indique lo contrario, para ayudar en su absorción y minimizar cualquier irritación gástrica. En última instancia, una comunicación efectiva y la creación de un entorno propicio son fundamentales para garantizar una administración segura y efectiva de la medicación oral.

6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de enfermería*, 30(3), 271-285.

Capítulo 65

ACTUALIZACIÓN SOBRE LA EVIDENCIA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO

MARIA GARCIA GONZALEZ

MONICA VIDAL ARENAS

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

1 Introducción

El líquido amniótico teñido con meconio (MSAF) ocurre en el 8% de embarazos a término y hasta el 20% de los embarazos en vías de prolongación. La incidencia de MSAF pretérmino es menos frecuente y se encuentra en aproximadamente el 5% de los embarazos. (1)

La fisiopatología de MSAF no se comprende completamente. La teoría aceptada sugiere que MSAF refleja la maduración del tracto gastrointestinal fetal principalmente apoyada por el aumento de incidencia en el post-término. Sin embargo, esta teoría es irrelevante cuando MSAF se encuentra en prematuros, lo que implica una asociación alternativa con sufrimiento fetal o hipoxia. (1)

El meconio es una sustancia de color verde oscuro que se compone de células epiteliales intestinales que contienen moco. El meconio se produce en el intestino fetal, que se encuentra en pequeñas cantidades tan pronto como se acerca la décima semana de embarazo, pero no se excreta hasta aproximadamente la semana 34 de embarazo. También se sugiere que el meconio también se secreta en respuesta a la hipoxia fetal o disfunciones placentarias. Se sabe desde hace

mucho tiempo que el MSAF que se produce durante el parto es un indicador de efectos adversos maternos y fetales como la aspiración de meconio y la asfixia perinatal, lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal. (2) El líquido amniótico es básicamente un líquido de color amarillento que es transparente y se encuentra en los primeros 12 días después de que la mujer ha concebido y se produce dentro del saco amniótico. Este líquido rodea al bebé, que está creciendo en el útero y tiene funciones importantes que realizar, lo que conduce al desarrollo saludable del feto. Actúa como un sistema de protección tanto para la madre como para el bebé. Inicialmente, el líquido amniótico (LA) consiste en agua que se obtiene del cuerpo de la madre y luego se convierte en orina del bebé. Además, hay algunos nutrientes y hormonas importantes junto con anticuerpos que protegen al feto de golpes y lesiones. Por lo tanto, si el nivel de líquido amniótico se controla a un nivel muy bajo o alto, puede ser perjudicial tanto para la madre como para el bebé. (2)

El paso de meconio en los recién nacidos es un incidente planificado para su desarrollo, generalmente en las primeras 24 a 48 horas después del nacimiento. Sin embargo, durante el embarazo, el feto puede transferir meconio a través del líquido amniótico por diversas razones. El líquido teñido de meconio (MSL) es el paso de meconio en el ciclo prenatal o del parto por un feto en el útero. (2)

El color del líquido amniótico se aprecia durante la rotura espontánea o artificial de membranas, pero esto puede cambiar durante el trabajo de parto. Se dice que el líquido está 'teñido' cuando es de color amarillento o verde claro sin partículas y meconial cuando es de color marrón verdoso, cargado de partículas de meconio. (3)

La hipoxia preparto es un evento raro, temido por el riesgo de complicaciones inmediatas, como la muerte fetal preparto, y el riesgo de consecuencias neurológicas que pueden ocurrir. Se debe a una alteración en el intercambio de gases materno-fetal que puede conducir a acidosis metabólica fetal y se evalúa midiendo los gases en sangre del cordón umbilical. (3)

Es raro antes de las 32 semanas de amenorrea (EA) y más frecuente después de 41, con una incidencia de hasta el 50% después de 42. Sin embargo, a menudo se ignora durante el trabajo de parto, en más de la mitad de los casos, hasta que sale la cabeza. El riesgo establecido de un parto complicado con líquido amniótico meconial es la aparición del síndrome de inhalación meconial. Esto es alrededor del 5%.

En cuanto al riesgo de hipoxia fetal, cuando el líquido es meconial, los resultados son más divergentes. De hecho, algunos estudios muestran poca o ninguna diferencia en los resultados relacionados con la morbilidad y la mortalidad neonatal

(pH al nacer o puntuación de Apgar de 5 minutos) en comparación con un grupo de control de líquido transparente, mientras que otros concluyen diferencias significativas, con un estado fetal no tranquilizador hasta 3,5 veces más frecuente cuando el líquido es meconial. Sin embargo, La validez externa de estos estudios es limitada, algunos no tienen en cuenta la práctica del examen de segunda línea como el pH con el cuero cabelludo fetal y otros se llevan a cabo en poblaciones que no se benefician de la monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal (FCR) durante la fase activa del parto. (3)

La importancia clínica de MSAF en partos prematuros es discutible y está en constante debate. A término, MSAF es asociado con efectos adversos obstétricos, perinatales y neonatales resultados tales como mayor riesgo de parto por cesárea, parto vaginal instrumental, sepsis neonatal, acidosis, problemas respiratorios síndrome de angustia, hipoglucemia, convulsiones y muerte fetal intraparto. (1)

Un asunto interesante es la importancia clínica del cambio de color del líquido amniótico, de transparente a meconio (meconio secundario), y el pronóstico diferente entre este y el meconio primario (MSAF observado en el momento de la rotura de las membranas). Si bien el meconio primario parece estar más relacionado con la maduración fetal, es más probable que el meconio secundario refleje sufrimiento fetal intraparto. Sin embargo, solo unos pocos estudios distinguieron entre meconio primario y secundario y apoyaron la importancia de la distinción entre ellos con respecto al mayor riesgo de resultados adversos en el secundario: puntaje de Apgar bajo a los 5 min, ingreso en cuidados intensivos neonatales, pH de la arteria umbilical <7 , 1 y cesárea intraparto. (4)

Por tanto, ¿de dónde viene MSAF? Recientemente, se ha documentado que la defecación en el útero ocurre a lo largo de la vida fetal como una función fisiológica durante el desarrollo fetal. El contenido intestinal del feto (meconio) es de color verdoso, que resulta de la acumulación de pigmentos biliares. Sin embargo, como afirman las teorías básicas y los informes recientes, emerge como un líquido claro porque existe un equilibrio en los circuitos fetales de deglución, micción y secreción del tracto respiratorio. Si se rompe el equilibrio, el líquido amniótico se manchará, probablemente relacionado con un cambio bioquímico en el sistema de oxidación de la bilirrubina, responsable de la formación de la biliverdina (componente principal que da el color verdoso al meconio). (4)

2 Objetivos

- Conocer qué es el líquido amniótico y por qué se produce.
- Establecer cuál es su relación con la morbi-mortalidad fetal.

- Saber los efectos que produce y cómo condiciona el parto y el nacimiento del recién nacido.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. GRADOS DE LÍQUIDO TEÑIDO

En relación con los distintos grados de líquido teñido encontramos las siguientes publicaciones:

En 2021 se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo en el que analizaros todos los partos durante un período de un año. El estudio incluyó todos los partos únicos después de las 24 semanas de gestación durante el año 2015. (5)

En este estudio se encuentra una relación entre el LA teñido y los partos instrumentales o por cesárea. En relación con este aspecto Altshuler y Hyde sugirieron que el meconio tiene un efecto vasoconstrictor sobre los vasos umbilicales, lo que puede explicar la mayor incidencia de FCF patológica. En este estudio se demostró también la relación entre MSAF y la fiebre intraparto. (5)

De acuerdo con bibliografía anterior, encontramos una mayor tasa de complicaciones neonatales en presencia de MSAF: puntajes de Apgar bajos, necesidad de reanimación avanzada y mortalidad fetal-neonatal. La mayoría de los resultados adversos neonatales observado estaban relacionados con la patología pulmonar: dificultad respiratoria y la necesidad de asistencia respiratoria, así como el síndrome de aspiración de meconio. Se encontró que el meconio causa necrosis vascular del cordón umbilical y es tóxico para el pulmón fetal (causando obstrucción de las vías respiratorias, neumonitis química, vasoconstricción de los vasos pulmonares e inactivación del surfactante). A pesar del aumento de las complicaciones neonatales observadas, no se han encontrado diferencias en el pH de la arteria umbilical entre los grupos, que es una medida objetiva de la condición neonatal. No se observó acidosis respiratoria, por lo que no hubo casos de asfixia neonatal o se compensó metabólicamente en el momento de su medición. (5)

Los pediatras siempre están presentes en los partos con MSAF y eso podría haber sesgado las evaluaciones de las puntuaciones de Apgar. Además, no se analizaron otros factores de confusión potenciales para el resultado adverso del embarazo, como la tasa de obesidad materna, enfermedades maternas, enfermedades gestacionales y hábitos tóxicos. (5)

En general, la presencia de MSAF se asocia con un aumento en la tasa de patrones patológicos de FCF, fiebres intraparto, puntajes de Apgar bajos y se asocia con una mayor mortalidad fetal-neonatal. Para reducir la morbilidad perinatal, la presencia de MSAF requiere una monitorización intensiva de la FCF y una determinada actuación clínica en función del tipo de MSAF ya que hemos demostrado que las complicaciones obstétricas y perinatales aumentan con el grado de tinción y consistencia del líquido amniótico. El hecho de tener puntuaciones de Apgar más bajas y una mayor necesidad de reanimación avanzada conduce a una valoración pediátrica inmediata y adecuada. (5)

2. FACTORES DE RIESGO de complicaciones en LA teñido

G. Levin et al. En su estudio sobre el LA teñido tuvieron como objetivo estudiar los factores maternos e intraparto asociados con el resultado neonatal adverso en partos complicados por líquido amniótico teñido con meconio (MSAF). Utilizaron una cohorte retrospectiva de todas las mujeres con gestaciones únicas sometidas a prueba de trabajo de parto con MSAF durante 2011-2020. Los partos con resultado neonatal adverso se compararon con los partos sin resultado adverso. (6)

En total, se incluyeron 11.329; 376 (3,3%) recién nacidos fueron diagnosticados con resultados neonatales adversos. El análisis de regresión multivariable subrayó los siguientes factores como asociados de forma independiente con el resultado neonatal adverso compuesto: diabetes pregestacional, polihidramnios, fiebre y amnioinfusión. Cuando estaban presentes 0, 1, 2 y 3 de los factores de riesgo independientes identificados, las tasas de resultado neonatal adverso fueron del 2,9%, 5,5%, 10,0% y 100%, respectivamente. (6)

Llegaron a la conclusión de que los resultados sugieren que se debe prestar especial atención a los partos complicados por MSAF y además con cualquiera de los siguientes factores: polihidramnios, fiebre intraparto, amnioinfusión y diabetes pregestacional. (6)

3. PH + LA TEÑIDO

Según un estudio en 2018 de A. Souza et al. no hay diferencia significativa en el pH al nacer y tampoco se encontró acidosis neonatal grave entre grupos de líquido amniótico claro o anormal. Esta falta de diferencia se puede explicar por la monitorización del trabajo de parto adaptada a las prácticas actuales, con un

registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal en la fase activa, pero sobre todo la realización de un examen de segunda línea, El pH de calota fetal, en caso de anomalías del latido cardíaco fetal. (3)

Otros estudios habían llegado a las mismas conclusiones, mostrando una tasa similar de acidosis neonatal severa entre líquidos claros y teñidos, lo que demuestra que su presencia durante el trabajo de parto no fue suficiente para considerarlo un factor de riesgo para la acidosis neonatal. Los resultados divergen cuando el trabajo se complica por un líquido meconial amniótico con tasas mucho más altas de acidosis neonatal, del 12,4% al 20%, considerando así la presencia de LA meconial como un factor de riesgo independiente de acidosis neonatal. Sin embargo, estos estudios realizaron una monitorización discontinua de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) o no tuvieron examen de segunda línea. De hecho, como Vintzileos et al., la monitorización continua de la FCF conduce a una disminución del 59% en las muertes fetales por hipoxia y los resultados del metanálisis de Grant et al. encontró una disminución aún mayor cuando el registro se combinó con la realizar un pH con el cuero cabelludo. (3)

Las anomalías en la FCF con riesgo significativo de acidosis fueron tres veces más frecuentes cuando el líquido era meconial que cuando estaba claro. Estos resultados convergen con los encontrados en estudios anteriores. Sin embargo, el resultado del último pH con cuero cabelludo, realizado antes del nacimiento, fue similar al obtenido en el caso de LA claro. (3)

Esto no se encontró en el estudio de Souza et al. Como explican ellos probablemente debido al uso de pH cuero cabelludo y por lo tanto realizar una cesárea de emergencia antes del inicio de la acidosis fetal. Las tasas de cesáreas en presencia de líquido meconial tienden a validar esta hipótesis. (3)

En cuanto a la vía del parto, la presencia de líquido amniótico teñido no incrementó las intervenciones del obstetra, ni en extracciones ni cesáreas. Por otro lado, cuando el líquido amniótico era meconial, las extracciones (24% vs 17,6%) y cesáreas (26% vs 10,6%) fueron más frecuentes y 'principalmente por indicaciones fetales'. Esto confirma los datos ya publicados concluyendo aumento de la intervención de un obstetra en caso de AL meconial con frecuencias que oscilan entre el 51% y el 85,8%. (3)

Este estudio de A. Souza et al. Llega a la conclusión de que La aparición de acidosis metabólica neonatal grave no es más frecuente en caso de evidencia de líquido amniótico teñido o meconial. Sin embargo, las anomalías de la frecuencia cardíaca fetal más frecuente en caso de líquido amniótico meconial siendo responsable de un aumento en el uso del pH en el cuero cabelludo, extracciones instrumentales y cesárea. (3)

4. LÍQUIDO TEÑIDO + APGAR

La puntuación de Apgar es un método rápido mediante el cual se evalúa el bienestar fetal frente a la mortalidad infantil. Se evalúa según cinco criterios (color de la piel, frecuencia del pulso, reflejo, tono muscular y esfuerzo respiratorio). Un estudio llevado a cabo en 2021 por M. Masood et al. tuvo como objetivo determinar la asociación de la puntuación de Apgar con la tinción de meconio del líquido amniótico durante el trabajo de parto. (2)

Se ha observado que las mujeres que tuvieron LA teñido con meconio, los recién nacidos de 144 (77,4%) mujeres mostraron una puntuación de Apgar de menos de seis en un minuto. Sin embargo, las mujeres que no tuvieron LA teñido con meconio, los recién nacidos de solo 15 (50%) mujeres mostraron una puntuación de Apgar menor de seis en el intervalo de un minuto con una asociación significativa. (2)

Con respecto a los grupos de edad, la asociación significativa de la tinción de meconio con la puntuación de Apgar se observó en el grupo de edad de 21 a 30 años, mientras que no se observó una asociación significativa en otros grupos de edad. De manera similar, la asociación significativa de la tinción con meconio y la puntuación de Apgar se observó en mujeres primíparas, mientras que no se observó asociación significativa en mujeres múltiparas. No se observó una asociación significativa de la puntuación de Apgar y la tinción de meconio con respecto al modo de administración. (2)

En otro estudio en contraposición con los resultados de M. Masood, la edad de las mujeres también está relacionada con el desarrollo de MSAF. El estudio realizado en 2006 informó que las mujeres con más de 30 años eran 5,6 veces más susceptibles a desarrollar MSAF durante el trabajo de parto que las menores de 30 años. Esto se debe al hecho de que, en la vejez, el envejecimiento de los vasos sanguíneos uterinos y la rigidez arterial dan como resultado una perfusión placentaria insuficiente que conduce al paso de meconio en el líquido amniótico. Otro estudio de Steer et al. reveló una relación entre la tinción con meconio del líquido amniótico y la puntuación de Apgar. El tamaño de la muestra fue mayor ($n = 1219$). Los resultados revelaron la presencia de acidosis en el feto cuyas madres tienen MSAF durante el trabajo de parto.

Otro estudio informó que el 48,8% de los bebés nacidos con MSAF tenían una puntuación de Apgar baja de menos de siete en un minuto. Asimismo, el estudio de Bochner et al. informaron que el 40,3% de los bebés del grupo MSAF tenían una puntuación de Apgar baja al minuto en comparación con el 3,9% de los bebés con líquido claro. De manera similar, en el estudio de M. Masood, encontramos que la frecuencia de puntuación de Apgar de menos de 6 en un minuto fue signi-

ficativamente mayor en meconio. (2)

Encontramos una asociación significativa de la puntuación de Apgar al minuto con la tinción de meconio del líquido amniótico. Además, después de la estratificación por edad, paridad y modo de parto, observamos que la asociación de la puntuación de Apgar y la tinción con meconio del líquido amniótico solo fue significativa en los grupos de edad entre 21 y 30 años y en mujeres primíparas. Se necesitan más estudios prospectivos para explorar más a fondo los efectos de la tinción con meconio en los recién nacidos y las razones de la puntuación de Apgar baja. (2)

En este mismo tema encontramos otro estudio llevado a cabo por A. Souza en el que llegan a la conclusión en 2018 que la puntuación de Apgar fue siete veces más frecuente, menos de 7 en 5 minutos de vida en el caso de un líquido meconial en comparación con un líquido transparente. Mientras que Greenwood et al., también encuentra este resultado. En el caso del líquido amniótico meconial, fue tres veces más frecuente, en el 12% de los nacimientos, con una estancia hospitalaria de aproximadamente un día más que los líquidos claros, pero principalmente en una unidad Canguro, por lo que no requirió monitorización continua o reanimación. (3)

5. MONITORIZACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL CONTINUA EN LIQUIDO TEÑIDO

El objetivo de un estudio desarrollado por Ibrahim Kale et al. en 2021 fue evaluar los resultados perinatales de pacientes que fueron monitoreadas continuamente por cardiotocografía (CTG) durante el trabajo de parto y experimentaron una operación cesárea con un diagnóstico de sufrimiento fetal. Se trata de un estudio retrospectivo en el que se recopilaban los registros de las pacientes que fueron diagnosticadas de sufrimiento fetal entre enero de 2015 y octubre de 2020.

De los 32,338 partos en este período de estudio, 13,077 (40,4%) partos fueron por cesárea. Un total de 1504 (11,5%) de las 13.077 cesáreas se debieron a sufrimiento fetal durante el período de estudio. Un total de 1301 (86,5%) bebés nacieron con una puntuación de Apgar ≥ 7 en el primer minuto del parto. La tasa de ingreso a la UCIN fue del 11,2% y la mortalidad perinatal del 0,1%. Más aún, en el grupo de embarazos de bajo riesgo, la tasa de bebés que nacieron con una puntuación de Apgar ≥ 7 en el primer minuto del parto fue del 93,7% y la tasa de ingreso en la UCIN del 2,1% y no se observó mortalidad perinatal.

En el grupo de pacientes en el que se excluyeron las enfermedades pregestacionales y gestacionales que complicaban el embarazo, los recién nacidos con líquido amniótico teñido con meconio tuvieron puntajes de Apgar en el primer y quinto min estadísticamente significativamente más bajos en comparación con

el grupo sin meconio y mayor ingreso en la UCIN.(4)

El diagnóstico de distrés neonatal no debería diagnosticarse solo con el registro de la FCF por esto crea un diagnóstico excesivo de sufrimiento fetal y por lo tanto un aumento de cesáreas.(4)

6. LA TEÑIDO + ETNIA

Como curiosidad de la que no se ha encontrado más bibliografía, aparece un estudio de 2019 desarrollado por Carr BL et al, con todo lo que hemos citado anteriormente sobre la fisiopatología, falta comentar que sobre el LA teñido la proporción más alta (30–40%) se informa en embarazos postérmino (> 42 semanas de gestación). Las diferencias en la duración de la gestación entre los grupos étnicos se han demostrado en un gran estudio de cohorte¹⁰ comparando la etnia negra, mujeres étnicas blancas (europeas) y del sur de Asia. Su estudio de casi 500.000 mujeres encontró que la tasa de MSF era más alta para las mujeres de etnia negra y mujeres del sur de Asia en comparación con las mujeres blancas mujeres étnicas. Otras comparaciones entre grupos étnicos incluyen mujeres hispanas y no hispanas, del sudeste asiático mujeres de etnia blanca y no hispana y en otra, una comparación de treinta y un grupos étnicos diferentes con respecto a MSF en Abu Dhabi. (7)

Finalmente, este estudio llegó a la conclusión que es necesario distinguir el momento óptimo del nacimiento en las diferentes etnias de las mujeres, ya que no sería lo mismo una mujer española en la semana 40, que una mujer africana en la semana 40 de gestación. Y de ahí que una gran parte de los líquidos teñidos tengan que ver con la maduración del feto en relación con la etnia de la madre. (7)

5 Discusión-Conclusión

La investigación a lo largo de los años ha demostrado que, aunque el LA meconial pueda deberse únicamente a que nos encontramos ante un embarazo postérmino y no a que el feto ha experimentado un evento de hipoxia, cierto es que la presencia de meconio en el LA, genera una serie de efectos en el feto que repercute en un aumento de la morbi-mortalidad del feto. Aunque en la bibliografía elegida para esta revisión encontramos discrepancias, en general las conclusiones son éstas, explicando posibles sesgos que podemos encontrar.

El LA teñido se relaciona con alteraciones de la FCF, lo que conduce a realizar PH de calota fetal y terminar un parto de manera precoz al detectarse afectación fetal. Cuanta más intensidad tenga el color y más espeso sea, más se incrementan

los riesgos neonatales. El LA teñido también se relaciona con valores más bajos del test de APGAR en el 1 minuto, aunque con RCTG continuo no incrementa el riesgo de acidosis neonatal.

Como pautas de actuación, se debería realizar RCTG continuo, realizar una inducción directa y reducir el tiempo de exposición al LA teñido.

6 Bibliografía

1. Wertheimer A, Shemer A, Hadar E, Berezowsky A, Wiznitzer A, Krispin E. The effect of meconium-stained amniotic fluid on perinatal outcome in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Arch Gynecol Obstet*. 2020 May 1;301(5):1181–7.
2. Masood M, Shahid N, Bano Z, Ali Khan F, Hussain SF, Uroosa H, et al. Association of Apgar Score With Meconium Staining of Amniotic Fluid in Labor. *Cureus* [Internet]. 2021 Jan 16;13(1):e12744. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33614343>.
3. de Souza A, Minebois H, Luc A, Choserot M, Bertholdt C, Morel O, et al. Stained amniotic fluid and meconium amniotic fluid: Should they change our obstetric management? *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018 Jan 1;46(1):28–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29249650/>.
4. Kale I. Does continuous cardiotocography during labor cause excessive fetal distress diagnosis and unnecessary cesarean sections? *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2021; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33823730/>.
5. Rodríguez Fernández V, Ramón y Cajal CNL, Ortiz EM, Naveira EC. Intrapartum and perinatal results associated with different degrees of staining of meconium stained amniotic fluid. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 May 1;224:192–7.
6. Levin G, Tsur A, Shai D, Cahan T, Shapira M, Meyer R. Prediction of adverse neonatal outcome among newborns born through meconium-stained amniotic fluid. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2021; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33448026/>.
7. Carr BL, Copnell B, McIntyre M. Differences in meconium stained amniotic fluid in an Australian population: A retrospective study. *Women and Birth*. 2019 Apr 1;32(2):e259–63.

Capítulo 66

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO.

MARÍA GÓMEZ PULIDO

NOELIA RAMOS CAMINO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio se considera uno de los procesos con formas severas de la cardiopatía isquémica, constituyendo un problema de salud con una relevancia mundial. En España, esta entidad, en las estadísticas, está en primer lugar de causa de muerte con un 10% en cuanto a la tasa de mortalidad.

Los índices de mortalidad se amplían después del primer mes de ocurrir el episodio hasta un 20%, aunque en la última década se han explorado y conseguido éxitos de gran importancia en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad de este tipo de episodios agudos coronarios. No obstante, se trata de paliar el proceso patológico subyacente que tiene el paciente evitando sus complicaciones agudas y que constituye un gran desafío que al mismo tiempo es una gran oportunidad para el avance científico.

Desde que en los centros hospitalarios se ha instalado la terapia trombolítica, el índice de mortalidad en estos pacientes, ha disminuido de forma drástica.

La aplicación de la trombólisis intravenosa, en la que han participado distintos y numerosos ensayos clínicos que se han realizado, tienen como objetivo primario la mejora de la supervivencia en cuanto a una función ventricular y una calidad de vida que tiene la reperusión.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es de analizar y describir los conceptos relacionados con el infarto de miocardio en general.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido tras una búsqueda y revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio.

4 Resultados

En España, hay condiciones que se han creado para que nos permita un avance en este sentido, se puede ser capaz de ajustar distintos recursos humanos y materiales con una mayor eficiencia en las funciones que tienen los pacientes, ajustando y elaborando en los centros hospitalarios protocolos de infarto de miocardio con profesionales cualificados que puedan considerar que los pacientes que sufren de una patología isquémica a distintos niveles, tanto primario como secundario, se puedan crear fortalezas en aquella dedicación que tiene que ver con las acciones de la salud y que estas promuevan el identificar en una forma temprana para poder tener actuaciones rápidas en las que se pueda disminuir los valores de mortalidad de forma global.

Fortalecer las áreas de atención primaria en las comunidades autónomas del país a través de sus distintas gerencias han creado de forma intensiva la capacidad para realizar trombolisis con todo el equipo necesario en las áreas destinadas a la realización de trombolisis con personal capacitado que se ayuda con programas que ya son existentes como el de la resucitación cardiopulmonar, en cadenas de supervivencia y de capacitación de los distintos servicios de emergencias que existen en la actualidad y que puede generar grandes beneficios para el sistema de salud pública y para el individuo.

Se puede comprobar en los estudios que las patologías de carácter isquémico se pueden mantener como tendencia ascendente y de forma constante en el tiempo, puede existir una mejoría de los indicadores de salud con una alimentación saludable y la realización de ejercicio habitual.

En la mayoría de los países de la Unión Europea se puede observar en una línea constante que existe una tasa de mortalidad en los pacientes que se encuentran con un diagnóstico de síndrome coronario en su fase aguda, que es lo habitual en la mitad de los pacientes diagnosticados con problemas cardíacos.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería tiene un papel que se torna importante y es considerado vital para la resolución del infarto de miocardio. En los distintos centros médicos de especializada y primaria se han instalado protocolos de emergencia para el infarto de miocardio en los que profesionales de la enfermería son formados en esta disciplina y preparados para la actuación rápida y eficaz de cualquier tipo de evento que antecede al infarto de miocardio.

Esta formación se debe recomendar como obligatoria para el equipo de enfermería que conforma los centros sanitarios en los que se atienden las urgencias y son susceptibles de accidentes coronarios.

6 Bibliografía

1. Navarro, P. R., Pariona, M., Urquiaga Calderón, J. A., & Méndez Silva, F. J. (2020). Características clínicas y epidemiológicas del infarto de miocardio agudo en un hospital peruano de referencia. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 74-80.

Capítulo 67

ACTUACION DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA APENDICITIS PERFORADA.

MARÍA GÓMEZ PULIDO

NOELIA RAMOS CAMINO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

1 Introducción

El proceso de apendicitis aguda se considera una condición quirúrgica que es muy común encontrar en los servicios de urgencias de un centro hospitalario y en la especialidad de cirugía es la patología más común que se puede encontrar. Hoy en día se puede realizar un diagnóstico de esta enfermedad haciendo una valoración de las manifestaciones que se tienen de la patología. Entre los profesionales de la cirugía, se trata de establecer que existe una relación de causa entre el tiempo y la evolución que tiene la apendicitis con el riesgo que se tiene de perforación generando una peritonitis y si se agrava una sepsis generalizada que puede llegar a provocar la muerte del paciente si no se actúa adecuadamente. En la actualidad no se ha podido demostrar el tiempo que dura la evolución de la enfermedad, el tiempo en el que se produce la apendicitis de forma real.

Puede ser importante el comprobar esta relación para poder evitar la formación de la sepsis del organismo y así poder evitar la complicación que supone.

2 Objetivos

El objetivo primordial en esta publicación es de evaluar y analizar la apendicitis perforada y la implicación de la enfermería en dicha patología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 apendicitis es una enfermedad del abdomen que es la más común para el cirujano. De forma general se ha clasificado con varias variables clínicas en las que se puede predecir que el dolor de los pacientes localizado en el cuadro inferior de la parte derecha del abdomen corresponde con la realidad de una apendicitis. Esto se considera importante junto con el sexo y la edad del paciente que llegan a determinar el riesgo de padecer apendicitis.

Se puede mostrar en la exploración en una forma localizada el tiempo de evolución que tiene el paciente. De forma general se considera la apendicitis como factor predisponente para que se valore un riesgo mayor de perforación, la entidad de la evolución es edematosa, purulenta y al final con perforación. Existe en la actualidad poca información para sustentar que la apendicitis de evolución lenta provoca la perforación. Lo que se ha demostrado que el retraso que se tiene en el tratamiento, que necesariamente es quirúrgico, desemboca o puede desembocar en la perforación cuando la apendicitis ya ha generado un curso y se ha realizado un diagnóstico. Ante este motivo se ha considerado por protocolo en los distintos centros de urgencia públicos que la cirugía quirúrgica es un tratamiento denominado de urgencia.

Estos resultados hay que ponerlos en cuarentena porque se tienen problemas con la dificultad que se puede encontrar en la simple definición, poniendo el

límite de la apendicitis complicada como ese proceso de carácter inflamatorio en el que no existe una perforación macroscópica del órgano que pueda producir una peritonitis.

La apendicitis que se perfora se muestra como una masa serosa que normalmente contiene materia fecal en el peritoneo, causando la infección que puede propagarse al resto del organismo.

5 Discusión-Conclusión

Se considera aceptado en una forma amplia que grupos etarios extremos y patologías que se consideran concomitantes tienen una incidencia grande de perforar una apendicitis. En los casos que se puede presentar retos para el equipo de enfermería, incluye el retraso del diagnóstico, que ocurre por varias razones. Se debe hacer una recomendación para el equipo de enfermería basado en la experiencia en urgencias en poder detectar por parte del equipo de enfermería los síntomas y signos de la apendicitis en presencia del especialista en cirugía que será el encargado de realizar el diagnóstico y proceder a la intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Cruz-Díaz, L. A., Colquehuanca-Hañari, C., & Machado-Nuñez, A. (2019). Tiempo de enfermedad y premedicación como riesgo para apendicitis perforada en el hospital de ventanilla 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(2), 57-61.

Capítulo 68

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS COGNITIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA

MARÍA GÓMEZ PULIDO

NOELIA RAMOS CAMINO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

1 Introducción

Los pacientes que sufren de esquizofrenia presentan trastornos diversos de la cognición, no obstante, estas alteraciones se definen de forma cuantificada y tienen que ser claras para poder llegar al diagnóstico.

De forma general, se matifica que los déficits de la cognición que produce la esquizofrenia determinan distintos factores en la capacidad de los pacientes creando minusvalía.

En gran medida, se hace una valoración de los síntomas positivos y negativos que son propios de la patología y se da en las respuestas a los distintos programas de intervención y rehabilitación de estos pacientes en la sociedad.

Funciones como la memoria declarativa verbal con la que se obtiene habilidades para la resolución de los problemas y se adquiere en buen funcionamiento en

la comunidad, estos aspectos determinan que el aprendizaje en un enfermo de esquizofrenia pueda generarse normalizado.

Las funciones ejecutivas son aquellas en las que el individuo inicia una actividad que implica la planificación, el control y seguir la consulta de forma abstracta en la información.

La memoria de trabajo es una función adaptativa en la que de forma transitoria en algunos segundos de duración del material que se mantiene en la mente en un estado activo que sea accesible en otras funciones cognitivas.

2 Objetivos

Conocer y describir información relevante sobre los trastornos cognitivos en la esquizofrenia.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido tras una búsqueda y revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio.

4 Resultados

En la actualidad no hay mucha información sobre la prevalencia y las alteraciones que pueden ser frecuentes en la esquizofrenia, el nivel que puede alcanzar el funcionamiento del individuo en la comunidad se realiza con la verificación de distintas pruebas de carácter neurológico que son realizadas a los pacientes para poder comparar con las personas que no sufren de esta entidad y poder realizar un diagnóstico veraz.

Los últimos estudios que se han realizado con meta-análisis ha dejado patente que los familiares de los esquizofrénicos muestran en las estadística la pérdida en gran medida del nivel funcional que se tiene en la comunidad, se deteriora la memoria verbal y parte de las funciones ejecutivas siendo también encontrado en menor medida entre los familiares de primer grado, este deterioro en mucha menor medida por lo que se trata de explorar en una base genética la causa de esta psicopatología.

Dentro de los trastornos cognitivos, se considera clínicamente significativo los niveles de severidad en los que se puede clasificar la esquizofrenia.

En los artículos que se han estudiado, los niveles de disfunción cognitiva que alcanza una severidad en las pruebas realizadas son los que se deben de afrontar ajustando la medicación y las terapias para tratar de que el paciente no pierda la integridad física que sostiene y sus funciones cognitivas puedan alcanzar una normalidad diaria.

El trastorno cognitivo que se produce cuando un enfermo tiene esquizofrenia no es propio de la enfermedad, existe correlación entre la gravedad de las alucinaciones del individuo que constatan la gravedad del déficit cognitivo encontrado. Muchos de estos pacientes pueden tener un inicio en la psicosis cuando la severidad de los delirios es patente a pesar del diagnóstico y tratamiento asignado.

5 Discusión-Conclusión

Desde el equipo de enfermería se pueden considerar anomalías que son cognitivas en la esquizofrenia y que pueden producir un efecto en el tratamiento inmediato con los medicamentos antipsicóticos.

En ciertos tratamientos cognitivos hemos podido observar que hay individuos que aún recibiendo tratamiento antipsicótico, estos son convencionales y en un principio dominan las funciones cognitivas para irse deteriorando poco a poco pudiendo llegar a ser severas.

Distintos trastornos de la cognición que mantienen pacientes con esquizofrenia se han podido describir antes de introducir la medicación que es antipsicótica por lo que no se puede valorar como desencadenante de la psicosis que es producida en este individuo.

6 Bibliografía

1. Alanen, Y. (2003). La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid.

Capítulo 69

LA ENFERMERÍA Y LOS CATÉTERES VENOSOS DE LARGA DURACIÓN

MIGUEL DAMAS UREÑA

AINHOA GARCIA SERRANO

PATRICIA NAVARRO FUENTES

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

1 Introducción

Los accesos venosos son utilizados desde hace varias décadas tiempo atrás, no se canalizaban catéteres venosos y cuando los pacientes necesitaban tratamientos prolongados, requerían de repetidas venopunciones cada vez que la vena se extravasaba o surgía una flebitis venosa.

La aparición de nuevos catéteres venosos surgió debido a la administración de tratamientos en situaciones críticas, tratamientos parenterales que eran agresivos y podían causar problemas a los pacientes que recibían dicho tratamiento como efecto secundario. La ciencia sanitaria ha evolucionado para hacer biocompatibles los materiales con el organismo humano, de tal manera que los usuarios del sistema sanitario que los portan puedan llevarlos más tiempo del habitual mientras dura el tratamiento sin que ello les afecte en su vida diaria y ofreciendo calidad.

En el siglo XVII, se descubrió la administración de fármacos, mediante la inyección intravenosa. A partir de dicha fecha se han ido realizando numerosos estudios y ensayos con el objetivo de hacerlos compatibles con el cuerpo humano, como bien es sabido en muchas ocasiones los materiales vienen de los animales y en concreto del cerdo.

En la actualidad este tipo de catéteres son básicos en todos los sistemas sanitarios e implica una serie de conocimientos y de técnicas a poner en práctica por las enfermeras en la labor diaria que se realiza en los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Exponer la implantación y complicaciones de un catéter venoso periférico de larga duración para la práctica enfermera.

3 Metodología

Se trata de una investigación en la que se realiza una revisión de la literatura que existe en este campo, tanto nacional como internacionalmente. También se hace una revisión a través de diferentes bases bibliográficas de la literatura científica que existe, de libros, artículos científicos e información procedente de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves: enfermería, catéteres venosos, larga duración, entre otros.

4 Resultados

El sistema circulatorio es el responsable de transportar y recoger los nutrientes, oxígeno, productos de deshecho, y anhídrido carbónico.

Los lugares preferentes para colocar el catéter venoso central dependen de cada paciente y de un número determinado de factores intrínsecos al paciente como pueden ser mastectomía, obesidad, anomalías anatómicas, etc.

Los avances científicos en este tipo de catéteres indican de forma directa en la supervivencia de enfermos crónicos que pueden vivir sus patologías con una excelente calidad de vida, dotándoles de independencia con respecto al hospital, siendo posible aplicar terapias intravenosas de formas prolongadas en el domicilio del paciente, favoreciendo la total autonomía y su incorporación a la vida habitual con calidad.

Vamos a hablar un poco más en profundidad del catéter venoso periférico (PICC) que es aquel que la enfermería inserta de forma autónoma por orden del facultativo. Es considerado un catéter central de acceso periférico, diseñado para terapia intravenosa, o extracción de muestras sanguíneas, a largo plazo. Tiene como finalidad proporcionar un acceso venoso a una vena de gran calibre desde un punto distal. Es un dispositivo flexible, radiopaco, que por lo general se coloca a través de una de las venas ante cubitales del brazo, por encima de la flexura. Se instaura, mediante un procedimiento mínimamente invasivo, en condiciones de esterilidad, mediante la técnica ecográfica. Son dispositivos fáciles de insertar, duraderos, y con menor riesgo de infección.

Es importante una buena educación sanitaria al paciente y a su familia, para que puedan realizar los cuidados del catéter, y estén capacitados para reconocer cualquier complicación, avisando a la enfermería domiciliaria u hospitalaria.

El paciente debe cumplir una serie de requisitos:

- Acceso venoso periférico complicado.
- Administrar soluciones con pH inferior a 5 o superior a 9.
- Administrar fármacos hiperosmolares.
- Nutrición parenteral con soluciones mayores del 10% de glucosa o el 5% de aminoácidos.
- Administrar fármacos vesicantes.
- Necesidad de tratamiento por múltiples luces.
- Necesidad de acceso venoso durante más de 7 días.

A la hora de su implantación es de vital importancia tener en cuenta el brazo dominante, al ser el más desarrollado. Escogiendo por orden de prioridad basilica, braquial y cefálica. El paciente debe firmar el consentimiento informado para su inserción. Actualmente, para su inserción se utiliza el ecógrafo que nos ayuda a realizar una buena técnica. Es una técnica estéril, por lo que necesitamos la ayuda del técnico. Se comprueba que la inserción es correcta por medio de una radiografía simple.

Los cuidados después de su inserción para la enfermera son:

- Dejar al paciente en situación cómoda.
- Se informará al paciente de los cuidados del catéter.
- Se registrará en la gráfica de enfermería.
- Controlar posibles sangrados, en las primeras horas de inserción.
- Vigilar posibles complicaciones.

En todo momento se debe mantener la asepsia del catéter, sobre todo en el punto de inserción, por lo que se utiliza clorhexidina para las curas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los avances sanitarios han permitido que los pacientes puedan tener mejor calidad de vida, siendo uno de estos el catéter de inserción periférica que permite que puedan llevar una vida con autonomía y no pasar largas temporadas en los hospitales.

Por ello, la enfermería se ha formado y continúa formándose en la inserción y cuidados de estos catéteres que permiten ofrecer una atención de calidad y evitar técnicas más invasivas. Junto a ello, se ha abierto la puerta a la ciencia de la ecografía, ya que por medio de ella podemos colocar el catéter con menos agresividad, lo que disminuye los miedos y el estrés de los pacientes que es el objetivo de nuestro trabajo cuidar con calidad.

6 Bibliografía

- 1.<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/7b72ed75007c5aec6820db82cb7a41fe.pdf>. http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/pdfs/manual_completo.pdf.
- 2.Johnston J, Arme S, Barringer E, Dickieson P, D'Onofrio L, Giff C. Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular. Nursing Best Practice Guidelines Project. 2008 <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/about-your-peripherally-inserted-centralcatheter-picc>.

Capítulo 70

ROL DE ENFERMERÍA ANTE EL AUMENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS TRAS COVID 19

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

JULIA MARTÍN LUNA

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

1 Introducción

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto global sin precedentes en la salud pública, pero sus consecuencias van más allá de la infección aguda. En los últimos años, se ha observado un preocupante aumento en el número de personas que desarrollan enfermedades crónicas tras recuperarse del COVID-19. Esta introducción examinará las causas y consecuencias de este fenómeno y destacará la importancia de abordar estas nuevas enfermedades crónicas.

El COVID-19, causado por el coronavirus SARS-CoV-2, inicialmente se identificó como una enfermedad respiratoria aguda, pero a medida que la pandemia ha evolucionado, se ha vuelto cada vez más evidente que sus efectos son mucho más amplios y duraderos. Personas que han superado la infección por COVID-19 a menudo enfrentan una serie de problemas de salud a largo plazo, incluyendo fatiga persistente, dificultad para respirar, niebla cerebral y problemas cardíacos, entre otros.

Estos síntomas post-COVID, también conocidos como “COVID prolongado” o “síndrome post-COVID”, están dando lugar a nuevas enfermedades crónicas que

afectan la calidad de vida de los pacientes. Además, algunos estudios sugieren que el virus puede desencadenar respuestas autoinmunes que aumentan el riesgo de enfermedades autoinmunes crónicas.

Este aumento de las enfermedades crónicas después del COVID-19 plantea desafíos significativos para los sistemas de atención médica y destaca la necesidad de una atención continuada y una investigación más profunda sobre los efectos a largo plazo del virus.

2 Objetivos

- Analizar el aumento de las enfermedades crónicas que se desarrollan como secuela del COVID-19.
- Identificar los factores de riesgo y evaluar su impacto en la salud pública.
- Proponer estrategias de prevención y manejo que puedan ayudar a mitigar estas consecuencias a largo plazo.

3 Metodología

Para llevar a cabo este análisis, se utilizarán datos epidemiológicos y estudios de investigación disponibles sobre la incidencia de enfermedades crónicas relacionadas con el COVID-19. Se realizará una revisión exhaustiva de la literatura científica y de informes de salud pública para comprender las causas subyacentes y los mecanismos involucrados en estas enfermedades. Además, se llevarán a cabo análisis estadísticos y se consultará a expertos en salud para obtener una perspectiva integral.

4 Resultados

Los resultados de investigaciones recientes han arrojado luz sobre el aumento significativo de enfermedades crónicas en personas que han superado la infección por COVID-19. Este fenómeno se ha convertido en una preocupación de salud pública y plantea desafíos significativos para la atención médica y la comprensión de los efectos a largo plazo del virus.

Uno de los hallazgos más notables es el incremento en la incidencia de enfermedades como la hipertensión arterial. Se ha observado que un número considerable de pacientes que se recuperaron del COVID-19 desarrollaron hipertensión, lo

que aumenta su riesgo de enfermedades cardiovasculares. La diabetes es otra enfermedad crónica que ha experimentado un aumento en su prevalencia después de la infección por COVID-19. La relación entre el virus y la diabetes es compleja, y se ha planteado que la inflamación crónica desencadenada por el virus podría tener un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad metabólica.

Las enfermedades cardiovasculares, como enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares, también se han vuelto más comunes en pacientes recuperados de COVID-19. La inflamación sistémica y los efectos directos del virus en el sistema cardiovascular pueden contribuir a estas complicaciones.

Además, las secuelas pulmonares, incluyendo la fibrosis pulmonar y la disminución de la función pulmonar, son cada vez más evidentes en pacientes que han padecido la enfermedad. Estos problemas respiratorios crónicos pueden limitar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida de los afectados.

Múltiples factores de riesgo han sido identificados en relación con el desarrollo de estas enfermedades crónicas post-COVID, incluyendo la gravedad de la infección inicial, la edad y la presencia de comorbilidades. Sin embargo, también se ha destacado la compleja interacción entre la respuesta inmune y la inflamación crónica como un elemento clave en la patogénesis de estas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

La discusión aborda las implicaciones de estos resultados y destaca la necesidad de tomar medidas concretas para abordar el aumento de enfermedades crónicas post-COVID-19. Se enfatiza la importancia de la atención médica continua y el seguimiento de los pacientes recuperados para detectar y manejar estas secuelas. Además, se plantea la necesidad de políticas de salud pública que promuevan la prevención, la investigación y el acceso a la atención médica para mitigar las consecuencias a largo plazo de la pandemia. La colaboración entre profesionales de la salud, investigadores y responsables de políticas es esencial para abordar eficazmente este creciente desafío en la salud pública.

6 Bibliografía

1. De Ceukelaire W, Bodini C. We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic. *Int J Health Serv* [periódico na Internet] 2020 Mar; 20731420916725.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde.

3. Di Tano G, Verde S, Marco Loffi, Maria R, Danzi GB. Le ricadute della pandemia COVID-19 sulla gestione dell'Ambulatorio compenso. Esperienze e considerazioni operative dopo il lockdown. *Giornale italiano di cardiologia*. 2020;21(10):750-6.
4. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survery of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry* [serial on the Internet]. 2020 Apr [cited 2020 May 03];11:306.

Capítulo 71

ADECUADA REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

JULIA MARTÍN LUNA

1 Introducción

El electrocardiograma (ECG) consiste en el registro de las señales eléctricas que emiten las células miocárdicas. Es importante seguir un orden a la hora de llevar a cabo esta técnica para que su realización sea correcta.

El electrocardiograma (ECG) constituye una herramienta fundamental a la hora de realizar una evaluación cardiológica, ya sea al inicio de la enfermedad o durante el transcurso de ella, para observar su seguimiento y posible avance. Consiste en una técnica invasiva con bajo coste que muestra resultados fiables desde varios puntos de vista como son el bioquímico, el anatómico y el genético. Normalmente, los el personal de enfermería es quien suele llevar a cabo este procedimiento, puesto que para obtener unos resultados fiables se hace necesario realizar la técnica de manera correcta. Es necesario preparar al paciente adecuadamente, colocar bien los electrodos y seguir de forma ordenada las pautas.

Una realización incorrecta de estos procedimientos puede traer consigo cualquier error en el diagnóstico y llevar al profesional a la toma de decisiones equivocada,

indicando fármacos que no serían necesarios en caso de que se hubiera realizado correctamente, incluso al uso de marcapasos y desfibriladores.

Algunos de los trastornos electrocardiográficos que se observan con frecuencia durante la práctica clínica son las arritmias y los efectos de las alteraciones electrolíticas que producen algunos fármacos y otras de origen no cardíaco, que con una buena interpretación basada en las manifestaciones clínicas y con la ayuda de las técnicas de laboratorio pueden orientar al correcto manejo del diagnóstico.

2 Objetivos

Analizar si el paciente presenta alguna anomalía cardíaca teniendo en cuenta que en reposo los latidos oscilan entre 60 y 100 por minuto.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre el rol de enfermería para una correcta realización del electrocardiograma. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: nursing, electrocardiogram, cardiovascular physiology and electrodes.

4 Resultados

Técnica para la realización de un ECG:

- Lo primero es comunicar a la persona y de forma comprensible que se le va a realizar un ECG, explicándole de la forma más clara en lo que consiste y haciendo hincapié en comunicarle que los electrodos no conducen la electricidad y 'que, por tanto, el procedimiento no será perjudicial.
- Se debe colocar a la persona en posición de decúbito supino sobre una posición horizontal estable.
- Es importante recordar al paciente que debe permanecer inmóvil durante todo el procedimiento, ya que si no puede haber errores en el diagnóstico posterior.
- Se coloca gel, pasta conductora o bien solución salina sobre los electrodos y tienen que ser colocados en la parte interna de antebrazos y piernas. En el caso de que no pudieran ser colocados en estas zonas, serán situados en cualquier otra parte de la extremidad. Los cables de los electrodos tienen un código de color que

tiene que estar representado en el mismo aparato y cuyas indicaciones se deben seguir.

- Es importante que los cables no estén doblados ni sometidos a mucha tensión.

Posición de las seis derivaciones:

- Derivación V1: cuarto espacio intercostal, junto a la línea paraesternal derecha.
- Derivación V2: cuarto espacio intercostal, junto a la línea paraesternal izquierda.
- Derivación V3: punto equidistante entre V2 y V1.
- Derivación V4: intersección de la línea media claviclar con el quinto espacio intercostal.
- Derivación V5: línea axilar anterior, al mismo nivel que V4 y V6 y en el quinto espacio intercostal.
- Derivación V6: línea axilar media, al mismo nivel que V4 y V5 y en el quinto espacio intercostal.

En ocasiones se usan otras derivaciones como pueden ser V7 y V8 que se situarían en la línea axilar posterior y debajo del ángulo del omóplato izquierdo respectivamente, ambas situadas al mismo nivel que V4 y V6.

5 Discusión-Conclusión

Atender a un paciente que se encuentra en estado crítico no es sencillo, debido a que los mecanismos fisiológicos que regulan sus funciones vitales están deteriorados y no cumplen su función correctamente. Es común observar en estos pacientes la relación existente entre los variados sistemas orgánicos y los efectos de la fisiopatología celular sobre ellos. El corazón también se encuentra dentro de estas complicadas interrelaciones, pudiendo apreciar con determinada frecuencia la alteración de sus funciones eléctricas y contráctiles. El electrocardiograma (ECG) nos ayuda a la hora de realizar un diagnóstico cuando se dan estas alteraciones y llevar un control de su evolución.

6 Bibliografía

1. Yong CM, Froelicher V, Wagner G. The electrocardiogram at a crossroads. *Circulation*. 2013; 128:88-92.
2. Guyton AC, Hall JE. Electrocardiograma normal. En: *Tratado de Fisiología Médica*. Capítulo 11. 12va ed. España: Elsevier; 2006.
3. Huszar RJ. Arritmias. Guía práctica para la interpretación y tratamiento. Tercera Edición. Madrid (España). Elsevier 2003.

4. Reig-Valero R, Oltra-Chorda R. Electrocardiografía básica. En: Tejeda Adell. El paciente agudo grave. Barcelona (España). Masson 2005; 239-254.

Capítulo 72

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA Y BROTE DE PANCOLITIS

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

JUAN GARCÍA GALÁN

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

LAURA BALLESTEROS JEREZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica e inflamatoria del intestino cuya causa se desconoce. Esta afecta a colon y recto. Puede aparecer a cualquier edad, aunque hay una mayor incidencia en gente joven. Según la extensión de la enfermedad se puede clasificar en proctitis (afecta al recto), proctosigmoiditis (recto y sigma), colitis izquierda y extensa (ángulo esplénico o hasta ángulo hepático respectivamente) o pancolitis (afectación de todo el colon) (1).

Esta enfermedad se caracteriza por tener periodos de actividad (brotes) y periodos asintomáticos o de remisión. También puede darse la sintomatología por más de seis meses a pesar del tratamiento, lo cual se consideraría crónico (1).

Los síntomas varían dependiendo de la gravedad del brote, siendo los más comunes la diarrea con heces poco consistentes y una necesidad constante de defecar sin apenas continencia y sangre en heces en 9 de cada 10 pacientes; pueden

ir acompañados de fiebre y dolor abdominal. Aunque la inflamación se da en el intestino, puede haber alteración de otros órganos, como síntomas en piel, ojos, articulaciones, hígado y sistema biliar (1,2)

Para el diagnóstico de esta patología se hace un análisis de sangre mediante el cual se comprobaran parámetros inflamatorios, un cultivo de heces para descartar otras causas de la diarrea y para el diagnóstico definitivo se lleva a cabo una colonoscopia en la cual pueden visualizar y tomar muestras de la zona afectada (1)

El objetivo del tratamiento es ayudar al paciente a controlar la sintomatología durante el brote para después intentar que esos síntomas no aparezcan y se mantenga en remisión. Los tratamientos más comunes son antiinflamatorios e inmunomoduladores (1).

Esta enfermedad puede favorecer la malnutrición y malabsorción de nutrientes, lo cual afecta negativamente a su recuperación. No se ha demostrado que ningún alimento en particular sea perjudicial, por lo tanto, cada paciente debe prescindir de los alimentos que peor digiera. Sí que se debe tener en cuenta que alimentos ricos en fibra soluble son beneficiosos para el intestino grueso (2).

2 Objetivos

Analizar el caso y realizar una valoración a través de los patrones funcionales dictados por Marjory Gordon.

Realizar un plan de cuidados basándonos en diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería (NANDA, NOC y NIC).

3 Caso clínico

En este caso tenemos a un paciente de 50 años de edad con colitis ulcerosa crónica diagnosticada que acude a urgencias por dolor abdominal intenso que no disminuye con analgesia pautada y sangrado abundante en heces. Tras análisis de sangre se decide su ingreso en planta de digestivo debido a parámetros inflamatorios alterados y sospecha de un brote severo de pancolitis.

El paciente no tiene alergias medicamentosas conocidas y es celiaco.

Una vez en planta se procede a coger una vía periférica para la administración de fluidoterapia y tratamiento intravenoso.

El tratamiento farmacológico pautado una vez en planta es el siguiente:

- Enoxaparina.

- Calcio /Vit D.
- Fitomenadiona (vit K).
- Mesalazina.
- Infliximab.
- Metilprednisolona.
- Omeprazol.
- Metamizol.
- Paracetamol.

Valoración de enfermería:

Para realizar la valoración enfermera de este paciente, nos hemos regido por los patrones funcionales de salud dictados por Marjory Gordon, los cuales me van a ayudar a la hora de mencionar los diagnósticos NANDA y desarrollar sus correspondientes NIC y NOC (3).

Patrón 1: percepción - manejo de salud.

Patrón no alterado. El paciente tiene una buena percepción de su estado de salud, siendo consciente de la patología que padece. Es consciente de los beneficios que le pueden ofrecer la hospitalización, por lo tanto, colabora y tiene buena adherencia terapéutica. Va bien aseado y vestido a diario. Mantiene todas sus vacunas al día y no presenta hábito tabáquico ni enólico.

Patrón 2: nutricional metabólico.

Patrón alterado. El paciente es celiaco, en consecuencia precisa una dieta concreta. Centrándonos en la colitis ulcerosa, además precisa una dieta que sea fácil de digerir, en este caso la dietista le proporciona una dieta especial para enfermedades inflamatorias, la cual tolera bastante bien, pero al cabo de dos semanas vuelve a tener dolor al hacer la digestión. Finalmente, acaba pidiendo aporte nutricional mediante batidos, teniendo que ser en este caso hiperproteicos e hipercalóricos.

El paciente mide 186 centímetros y el peso al ingresar era de 75 kilogramos (Kg), dejando el hospital con 72 kg. Cabe destacar que habitualmente se mantenía con 78 kg, por lo tanto, ha perdido un 7,7 % de su peso desde que comenzó a tener molestias (en 3 meses).

Aunque su IMC (20,8) se mantiene dentro del rango normal, es notable que ha habido una importante alteración del patrón, con una pérdida de peso importante en poco tiempo y no de forma saludable.

Patrón 3: eliminación.

Patrón alterado. La excreción urinaria no se ve alterada en este caso, orinando 4 o

5 veces al día, pero sí la intestinal. El paciente expresa que normalmente realizaba una deposición diaria de consistencia normal; ahora realiza tres deposiciones mínimo, de consistencia semilíquida y acompañadas de sangre.

Patrón 4: actividad y ejercicio.

Patrón no alterado. El paciente lleva una vida activa, estando en buena forma. No presenta alteraciones músculo-esqueléticas ni cardiorrespiratorias.

Patrón 5: sueño y descanso.

Patrón alterado. Normalmente, el paciente no tiene problemas para conciliar el sueño ni para mantenerlo durante la noche, durmiendo una media de 7 horas a diario. Debido a su patología, ha visto alterado su descanso nocturno, ya que se despierta con dolores de tipo pinchazo con una seguida urgencia de ir al baño; esto ha hecho que pierda calidad de sueño y, por lo tanto, se encuentre más cansado durante el día, puesto que como mucho duerme un par de horas.

Patrón 6: cognitivo – perceptivo.

Patrón en riesgo. Orientado, buena percepción sensorial, buena expresión del lenguaje.

El paciente expresa el dolor cuando lo presenta y se encuentra desanimado e irritable por su estancia prolongada en el hospital, con pocas mejorías con el tratamiento.

Patrón 7: autopercepción –autoconcepto.

Patrón no alterado. No existen verbalizaciones auto negativas ni de desesperanza.

Patrón 8: Rol – relaciones.

Patrón no alterado. Buenas relaciones afectivas con familiares. Lo cual se ha podido comprobar en la habitación del paciente cuando recibía visitas.

Patrón 9: sexualidad y reproducción.

Patrón no alterado. No se aplica por falta de datos.

Patrón 10: adaptación, tolerancia al estrés.

Patrón en riesgo. Expresa cansancio por su estancia en el hospital, notándose su actitud más negativa hacia el final de su ingreso.

Patrón 11: valores y creencias.

Patrón no alterado. No se aplica por falta de datos.

Diagnósticos (dx) de enfermería:

- NANDA 00002: Desequilibrio nutricional por defecto.
- NANDA 00013: Diarrea.
- NANDA 00095: Deterioro del patrón del sueño.
- NANDA 00132: Dolor agudo.
- NANDA 00028: Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- NANDA 00146: Ansiedad.

NOC

Dx: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con reducción de ingesta.

- * Ganará peso progresivamente hasta llegar al objetivo deseado.
- * Reconocerá los factores que contribuyen a pesar menos.
- * Identificará las necesidades nutricionales.

Dx: Diarrea relacionada con inflamación intestinal por colitis ulcerosa.

- * El paciente defecará heces formadas a diario o hasta cada 3 días.
- * Mantendrá el área rectal sin irritación.
- * Manifestará alivio del dolor abdominal y disminución o ausencia de diarrea.

Dx: Deterioro del patrón del sueño relacionado con deposiciones nocturnas.

- * El paciente se levantará fresco y no estará fatigado durante el día.
- * Se levantará con menos frecuencia durante la noche.

Dx: Dolor agudo relacionado con colitis ulcerosa.

- * El paciente empleará la escala de medición de dolor para identificar la intensidad del mismo y determinar el objetivo de bienestar.
- * Manifestará que el régimen de tratamiento del dolor lo alivia hasta niveles satisfactorios con efectos secundarios aceptables y manejables.
- * El paciente descubrirá el método farmacológico que se puede usar para ayudarle a controlar el dolor.

Dx: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales.

- * El paciente presentará una presión sanguínea, tasa de pulso, temperatura y pulsioximetría dentro del intervalo esperado.
- * El paciente presentará extremidades y áreas dependientes no edematosas.

Dx: Ansiedad: Relacionada con la amenaza de cambio en el estado de salud y manifestado por expresiones verbales de preocupación por cambios.

- * Participación en actividades de ocio que le ayuden a distraerse.
- * Disminuir el nivel de ansiedad.

NIC

Dx: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con reducción de ingesta.

- * Anotaremos los resultados de las pruebas de laboratorio disponibles y las tendremos en cuenta.

- * Como el paciente se está recuperando de un trastorno gastrointestinal, consultar con la dietista para la recomendación de batidos adecuados a su demanda nutricional y calórica.

Dx: Diarrea relacionada con inflamación intestinal por colitis ulcerosa.

- * Observar la presencia de síntomas de pérdida de sodio y potasio (como debilidad, calambres abdominales, arritmias...).

- * Valorar la presencia de deshidratación observando la turgencia cutánea sobre el esternón e inspeccionando la presencia de surcos longitudinales en la lengua. Comprobar si hay sed excesiva, fiebre, mareos, palpitaciones, dolor abdominal excesivo, heces sanguinolentas, hipotensión y síntomas de shock.

- * Aconsejar al usuario que haga comidas frecuentes de poca cantidad y que consuma alimentos fáciles de digerir (evitar lácteos y fibra).

- * Limpiar y secar a conciencia la piel perianal a diario y según necesidad (SN) empleando un jabón capaz de eliminar las heces. Seleccionar un producto con un pH ligeramente ácido diseñado para preservar la capa ácida y para retirar elementos irritantes de la piel con la mínima fuerza física. Evitar frotar vigorosamente con agua, jabón y una toalla.

Dx: Deterioro del patrón del sueño relacionado con deposiciones nocturnas.

- * Valorar el nivel del dolor y utilizar medidas farmacológicas y no farmacológicas disponibles para el manejo del dolor.

- * Observar la medicación y la dieta del paciente.

Dx: Dolor agudo relacionado con colitis ulcerosa.

- * Determinaremos si el paciente experimenta dolor empleando una escala de puntuación numérica del 1 al 10 o la escala de valoración de expresiones faciales ante el dolor.

- * Pedir al paciente que describa episodios anteriores de dolor y la eficacia de los métodos empleados para controlarlo.

- * Prevenir el dolor cuando sea posible.

Dx: riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales.

- * Comprobar las presiones sanguíneas ortostáticas del paciente.

- * Cuando esté prescrito, administrar un aporte de líquidos, proporcionando una cantidad especificada de líquido IV, como una solución salina normal al 0,9% rápi-

damente intravenosa, para la reposición del volumen intravascular y monitorizar la respuesta del usuario observando los signos vitales, los sonidos pulmonares y la excreción urinaria, y la presión de enclavamiento capilar pulmonar y la presión venosa central, si procede.

Dx: Ansiedad: Relacionada con la amenaza de cambio en el estado de salud y manifestado por expresiones verbales de preocupación por cambios.

* Disminución de la ansiedad (incitar al paciente para que exprese como se siente, miedos y percepción. Animar al paciente para que realice ejercicio físico en la medida de lo posible).

4 Discusión-Conclusión

Durante su estancia hospitalaria, el paciente es diagnosticado de brote de pancolitis además de infección por citomegalovirus, lo cual supone un bajón anímico para él. No siente mejoría en cuanto al número de deposiciones diarias, aunque sí ha menguado la intensidad del dolor, lo cual ha facilitado a su vez el descanso, sintiéndose menos cansado durante el día, a pesar de que el número de deposiciones por el cual se desvelaba durante la noche no ha disminuido. La fluidoterapia también fue beneficiosa como aporte hídrico. Se sentía esperanzado con la terapia con inmunosupresores, lo cual nos facilitaba llevar a cabo el plan de cuidados, puesto que se sentía dispuesto a seguir nuestros consejos y pautas, pero tras un mes de hospitalización el paciente expresa que quiere irse a su domicilio, ya que no hay avances en su mejoría y no tolera bien la dieta del hospital por más adaptaciones que la nutricionista ha propuesto, por lo que el equipo de enfermería no hemos podido progresar con la ansiedad del paciente.

5 Bibliografía

1. Maroto N., Hinojosa J. Colitis ulcerosa. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2005 Ago [citado 2023 Sep 22]; 97 (8): 602-602.
2. Saludigestivo. Colitis ulcerosa [Internet]. [cited 2023 Sept 22]. Available from: <https://www.saludigestivo.es/enfermedades-digestivas-y-sintomas/colitis-ulcerosa/#recomendaciones-nutricionales>.
3. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. Madrid: Elsevier; 2007.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 73

MÉTODOS PARA MEJORAR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CAUSADA POR LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS EN ADOLESCENTES.

LAURA TRUJILLO SERRANO

M^a ELISABETH SERRANO MORA

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

1 Introducción

Los coronavirus son una gran familia de virus encontrados tanto en animales como en seres humanos. El virus SARS-CoV-2 es una nueva cepa de coronavirus no identificada anteriormente en las personas. El primer caso de infección de la enfermedad por Covid-19 fue localizado por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019. A partir de aquí, el nuevo virus se extendió muy rápidamente por todos los países del mundo, afectando principalmente a las personas, es por ello que fue declarado una situación de emergencia sanitaria mundial.

Esta situación obligó al gobierno a desencadenar confinamientos, cuarentenas y distanciamiento social, entre las medidas más importantes, lo que provocó un

cambio drástico en la vida de todas las personas, ya que sus trabajos, vida diaria y rutina se vieron alteradas. Esto tuvo un gran impacto en toda la población, sufriendo grandes consecuencias sociales, económicas, laborales y sobre todo psicológicas. Los adolescentes, que son un grupo muy vulnerable, también han sufrido estas consecuencias y las sufrirán a largo plazo.

Estudios recientes soportan que han aumentado los casos de ansiedad y depresión debido a los confinamientos, cuarentenas y cambios drásticos en la rutina y vida diaria de las personas. Ello se debe a que hemos experimentado eventos que en una situación de normalidad no hubiésemos experimentado. Para todas las personas, el nivel de actividad disminuyó y cualquier situación de ocio podía ser potencialmente peligrosa: quedar con los amigos para tomar café, los abrazos, las interacciones sociales e incluso tocarnos la cara con las manos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer métodos para la ansiedad y depresión en jóvenes a consecuencia del COVID-19.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se han analizado diversos estudios sobre métodos y actividades dirigidos a mejorar los síntomas de ansiedad y depresión causados por la pandemia por Covid-19. Algunas de las actividades incluyen intervención educativa, ejercicio físico, intervención psicológica, intervenciones de meditación y relajación, etc.

En actividades de intervención educativa se producen mejoras significativas y existe evidencia de que los adolescentes son fuente de apoyo entre ellos y que el intercambio de conocimientos entre iguales es esencial. Además, las actividades en grupo garantizan apoyo emocional y social, generando una mayor satisfacción. En cuanto al ejercicio físico, la mejora de la forma física produce una visión

positiva del propio cuerpo y ayuda a los adolescentes a aumentar la confianza en sí mismos y a mejorar la autoestima de los individuos. Se sugiere que el ejercicio físico se haga al aire libre, ya que existe la evidencia de que es más eficaz para reducir estos trastornos emocionales, principalmente porque permite estar en contacto con la naturaleza. También los resultados evidencian efectos positivos en los adolescentes al percibir su propia ansiedad y depresión y conocer sus propios recursos y habilidades internas durante las actividades de intervención psicológica y utilizarlo como un medio de expresión y liberación de sentimientos y emociones negativas.

En estos estudios se han utilizado instrumentos de medida para la evaluación de los síntomas como la Escala de autoevaluación de la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación de la depresión (SDS), entre otros.

La mejora en los síntomas de ansiedad y depresión en los adolescentes con actividades como los vistos anteriormente producen una mejora del estado en general y consecuentemente una mejora en la salud mental relacionada con la duración y la intensidad de las actividades. Cuanto más se incide y más constancia se tiene, mejores son los resultados. Aun así, resultan positivas todas las actividades para la mejoría de síntomas de ansiedad y depresión en este grupo de población. Las puntuaciones de ansiedad y depresión tras realizar los métodos y actividades específicas se reducen significativamente y son inferiores a las previas.

Es cierto que la ansiedad y la depresión son problemas emocionales de fácil repetición y la adolescencia es una parte de la vida caracterizada por tener dificultades para el control emocional, por lo que se sugiere intervenir de manera temprana con métodos sencillos, accesibles y universales como los mencionados con el fin de afrontar la ansiedad, evitar la depresión y proteger la salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia conocer qué recursos existentes están a nuestro alcance para hacer frente a los problemas de salud mental. Lidar con ellos es una necesidad actual y existen numerosos métodos que nos ayudan a afrontar la ansiedad y la depresión que han surgido tras la pandemia y que podrían ayudar a mejorar y disminuir sus secuelas.

Es necesario animar a los adolescentes a probar nuevas estrategias para resolver los problemas e indagar sobre las posibilidades y recursos actuales, cómo pueden

utilizarlos y adaptarse a ellos.

A la vista de los resultados, una de las actividades más completas y con mayor posibilidad de mejorar los síntomas ansiosos y depresivos son aquellas en las que el adolescente se siente libre, respetado, comprendido y apoyado. También se sugiere la necesidad de combinar varios métodos y no solo limitarse a uno de ellos.

En conclusión, los resultados manifiestan que los adolescentes con síntomas de ansiedad y depresión a causa de la pandemia por Covid-19 que se someten a actividades o métodos como intervención educativa, ejercicio físico, asesoramiento psicológico, entre otros, de manera prolongada en el tiempo, reducen los síntomas depresivos y ansiosos, mejoran la salud mental, la calidad de vida, el bienestar, la autoestima y la salud en general.

Es imprescindible identificar los desórdenes psicológicos en este grupo de población e intervenir dependiendo de la situación. Así pues, se puede disminuir la tendencia de los trastornos emocionales negativos actuales, mejorando la salud mental de los adolescentes.

En general, se han investigado métodos breves y sencillos que pueden servir de apoyo rápido basado en la evidencia para todos los adolescentes. Son actividades que pueden proporcionarse dentro de una multitud de sistemas de atención para adolescentes como escuelas, institutos, universidades, atención primaria... totalmente accesible para todos.

6 Bibliografía

1. Unam-china. (2020). “¿Qué es el covid 19?”. Centro de estudios Mexicanos. Universidad Nacional Autónoma de Mexico. <https://china.unam.mx/2020/02/17/que-es-el-covid-19/>
2. Buitrago Ramírez, F. Ciurana Misol, R. Fernández Alonso, MC & Luis Tizón, J. (2021). Pandemia de la Covid-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primera de salud española. Elsevier, 53(1), 89-101.
3. Nicolini, Humberto. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. Cirugía y cirujanos, 88(5), 542-547.
4. Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, Ányelo A., & Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. Enfermería Investiga, 5(3), 63-70.

5. Del Carmen Ospina-Ospina, Fanny, Hinestrosa-Upegui, María F., Paredes, María C., Guzmán, Yahira, & Granados, Carlos. (2011) Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 908-920.

Capítulo 74

ANOREXIA NERVIOSA DURANTE EL EMBARAZO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

NIEVES HEREDIA ALONSO

1 Introducción

En el embarazo se ha de llevar una vida saludable, en la que se haga ejercicio regular y una dieta equilibrada. Esto se ve alterado si la mujer padece anorexia nerviosa (AN), ya que, como hacen habitualmente este tipo de pacientes, hará ejercicio de forma compulsiva y llevará una dieta con déficit calórico, lo cual hace que exista un riesgo para el feto y la madre (Dörsam, A. F., Preißl, H. Et al. 2019).

La AN es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) cuyo grupo más vulnerable son mujeres y niñas, siendo la tercera enfermedad crónica más prevalente en España en la adolescencia (4,1-6,4% de 12 a 21 años) (Heraldo, 2018; Hernández Vega, O., 2021). Esta produce un gran impacto en la salud, sobre todo en relación por esa gran pérdida de peso que sufren, ya que produce cambios como amenorrea, mal nutrición, se producen distorsiones de la imagen corporal y ansiedad entre otro (Mackenna, M. J., Escaffi, M. J. Et al. 2021).

A veces no se comprende como una mujer con AN que tiene amenorrea puede llegar a quedarse embarazada, pero se ha visto que a veces se puede producir la ovulación de manera puntual y además con los grandes avances que hay como la

fecundación in vitro se puede realizar la fecundación (Hernández Vega, O., 2021; Pan, J. R., Li, T. Y. Et al., 2022).

La detección de AN durante la gestación es muy baja, ya que alrededor de un 15% que no son diagnosticadas. Esto puede deberse a la falta de literatura especializada y a la falta de protocolos, por eso se ve la importancia de profundizar en este tema en el que enfermería juega un rol importante, sobre todo en la fomentación de autoestima, autocontrol, factores de riesgo y prevención (Behar Astudillo, R., 2013; Vargas Guinea, B., 2017).

2 Objetivos

Objetivo general:

-Analizar la relación existente entre el embarazo y la anorexia nerviosa, identificando factores de riesgo y complicaciones derivadas en la madre y en el feto/neonato, como parte fundamental de las estrategias de prevención.

Objetivo específico:

-Dar a conocer esta enfermedad para conseguir una mejoría en las mujeres que la padecen, una mayor detección y una reducción de casos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema objeto del estudio. Para ello se analizó y recopiló información de artículos y literaturas científicas desde 2012 hasta 2022, donde se obtiene información relevante. Para ello, se consultaron diferentes fuentes de datos como Cochrane, Pubmed, Google Scholar y Cuiden. Se realizó una lectura crítica de artículos encontrados en el buscador Google académico, además de los artículos encontrados en las bases de datos anteriores. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave “pregnant”, “gravity”, “anorexy”, “eating disorder”, “feeding disorders” unidas con los operadores booleanos “AND” y “OR” combinados de la siguiente manera: (pregnant OR gravity) AND (anorexy OR eating disorder OR feeding disorders). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: artículos en español e inglés, artículos que dentro de los TCA hablasen específicamente de la AN y artículos en los que la AN en el embarazo sea una enfermedad aún activa. Y, por otro lado, se excluyeron artículos en los que se incluyesen mujeres con discapacidad mental, artículos que no tienen acceso gratis al texto completo y artículos que traten de otros tipos de TCA y en ellos no haya un apartado sobre la anorexia. En cuanto a la extracción de datos de cada artículo, se revisó cada entrada por título, resumen

y, posteriormente, el texto completo para determinar si se cumplían los criterios de inclusión.

4 Resultados

La AN es un TCA que de acuerdo con el DSM-5 tiene como característica restricción alimentaria que lleva a bajo peso, bajo IMC y miedo a engordar. A todo esto se le suma el ejercicio intenso o las conductas que pueden aparecer de tipo purgativas (Firman, G., 2020).

Se clasifica en 2 tipos (Firman, G., 2020):

Restictivo: en los últimos 3 meses, no ha habido atracones o purgas en ninguna de sus formas. La pérdida de peso se suele deber a ejercicio intenso, ayunas, dietas restrictivas o todos.

Compulsivo/purgativo: en los últimos 3 meses ha involucrado atracones o purgas, alternando con dieta restrictiva.

Según el CIE-10 se caracteriza por (Vargas Guinea, B., 2017):

- Pérdida de peso significativa con IMC menor de 17,5 o peso de menos del 15% por debajo del peso normal.
- La pérdida de peso es provocada por la eliminación de algunos alimentos en la dieta que contienen un gran aporte calórico y con uno o más de los siguientes síntomas: vómitos autoinducidos, purgas intestinales autoinducidas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Distorsión de la imagen corporal psicológica.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que en las mujeres se manifiesta por amenorrea y pérdida de interés sexual.
- Si el inicio es anterior a la pubertad, esta se retrasa o incluso se detiene.

Consecuencias en la gestante con AN:

Puede haber consecuencias tanto a nivel físico como psicológico en una gestante con AN, ya que se ha visto que en el embarazo la ganancia de peso que se da con naturalidad para ellas es muy preocupante y esto puede exacerbar síntomas del TCA como los Vómitos con mayor frecuencia (Behar Astudillo, R., 2013; Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., & Fernández Valero, M. J., 2011).

Algunos de los signos y síntomas físicos que acompañan a la gestante con AN pueden ser:

Durante el embarazo se incrementa el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones en el parto, hipotermia, anemia, hipoglucemia e infecciones.

Es importante asegurar la ingesta apropiada de calorías y proteínas y también de micronutrientes, por lo que se requiere un abordaje multidisciplinar (Behar Astudillo, R., 2013; Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., & Fernández Valero, M. J., 2011).

Las personas que se provocan el vómito tienen problemas en bucales por el ácido del estómago, sienten una sensación de llenado mayor, disminuye el peristaltismo, produciendo estreñimiento, inflamación del esófago y malabsorción. También, podrán tener a nivel cardíaco bradicardia, hipotensión, arritmias o bradipnea entre otros. A nivel renal puede producir menos filtrado glomerular y deshidratación, por lo que aparece insuficiencia renal. Puede además aparecer alteraciones electrolíticas como disminución de sodio y potasio, alteraciones hemolíticas como anemia y amenorrea (Vargas Guinea, B., 2017).

Dentro de los síntomas psicológicos tendríamos:

La falta de relaciones sexuales, que ya sea por depresión, falta de libido, baja autoestima o miedo a estar sin ropa, hacen que la posibilidad del embarazo en estas mujeres sea mínima, aunque, bien es cierto, que debido a los avances y las técnicas de fecundación in vitro están dando respuesta a los problemas de fertilidad que acompañan a estas mujeres, haciendo posible la gestación (Hernández Vega, O., 2021).

El poco peso ganado en el embarazo, el no hacerse cargo del recién nacido tras el parto o la preocupación extrema relacionada con el peso del recién nacido incrementando la depresión postparto serían posibles síntomas (Behar Astudillo, R., 2013; Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., & Fernández Valero, M. J., 2011).

Consecuencias en el feto/neonato de la gestante con AN:

Algunos de los efectos que se pueden producir en el feto de una mujer embarazada con anorexia nerviosa son:

Afectación de varias pruebas como valores bajos en el test de Apgar a los 5 minutos de vida, bajo peso al nacer (Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., & Fernández Valero, M. J., 2011; Linna, M. S., Raevuori, A. Et al., 2014), déficits vitamínicos con un elevado riesgo de desnutrición.

Algunos de los signos y síntomas físicos que acompañan al feto pueden ser:

Bajo peso al nacer, ictericia, ceguera (Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., & Fernández Valero, M. J., 2011; Linna, M. S., Raevuori, A. Et al., 2014), anomalías faciales congénitas, perímetro craneal menor, menor crecimiento fetal. También se pueden producir algunos signos internos como pueden ser defectos en el tubo neural, microcefalia y oligoamnios entre otros (Behar, R., González, J., Ariza, M., & Aguirre, A., 2008).

A nivel de sistemas encontraremos los siguientes:

Neurológicamente, habrá retraso mental, también puede haber un deterioro en el desarrollo a nivel del sistema nervioso central y en el desarrollo cerebral por escasez de nutrientes esenciales y una insuficiencia de oxígeno con problemas respiratorios y cardíacos (Vargas Guinea, B., 2017). Todos estos síntomas harán que exista un mayor riesgo de mortalidad tanto prenatal como neonatal, así como mayores tasas de aborto (Behar, R., González, J., Ariza, M., & Aguirre, A., 2008).

Factores de riesgo:

Existen diversos factores de riesgo en la gestante que pueden acercarla a la anorexia nerviosa. Los dividiremos en tres tipos; los de tipo biológico, los de tipo sociocultural y los de tipo psicológicos (Alcaraz-Ocampo, C. E., 2017; Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H. Et al., 2012):

Biológicos: la serotonina tiene el control de la activación neuronal y control de la conducta y se modifica con la pérdida de peso, recuperando sus niveles normales al llegar a un peso o IMC saludable. El triptófano inhibe la serotonina, produciendo hiperactividad, depresión, ansiedad y disminución del apetito. También, se ha visto que los familiares de las personas con anorexia nerviosa tenían más posibilidad de padecerla. Por otro lado, se encuentra el papel de la pubertad, ya que se experimentan una serie de cambios en el cuerpo, como el aumento de la acumulación de grasa en zonas como las caderas.

Socioculturales: Las redes sociales y los medios de comunicación tienen una gran importancia, puesto que a través de ellos se nos marca un canon de belleza a seguir. La gente de la que se rodean también será importante, ya que si estos siguen unos patrones de ejercicio y dietas les influirá.

Psicológicos: estas personas suelen seguir un patrón de preocupación por el peso con la idealización de la delgadez, comportamientos inadecuados para bajar de peso como la dieta. Suelen tener baja autoestima, gran insatisfacción corporal en la mayoría de las ocasiones debido a la dismorfia corporal. Suelen tener angustia, depresión, ansiedad, en muchas ocasiones ignoran sus sentimientos sin saber lo que realmente quieren, con indecisión, inseguridades y dudas de tal forma que no paran de trabajar el cerebro pensando que pueden hacer para mejorar, pero sin llegar a sacar una solución clara.

Prevención:

Una parte fundamental es la de prevenir para así tratar la enfermedad desde una primera instancia. Para ello, se deberá seguir un abordaje multidisciplinario con especialistas, obstetras, pediatras, psiquiatras, psicólogos, enfermeros... Además, se deben potenciar los beneficios de una dieta equilibrada tanto para la madre, como para el feto; fomentar la autonomía, la autocomprensión, la competencia

para la crianza, el manejo de estresores y se debe intentar identificar factores de riesgo postparto precozmente, para evitar recaídas. Más opciones a llevar a cabo son la derivación de las mujeres a grupos de ayuda donde haya pacientes recuperadas como apoyo; dar educación para la salud informando sobre embarazo y AN y realizando terapia cognitivo-conductual, tratando por ejemplo la exploración de temas de competencia, identidad, autovalía y asertividad. Por otra parte, para prevenir se podría hacer un seguimiento del estudio de Andersen y Ryan, ya que proponen la utilización del cuestionario SCOFF (Sick, Control, Out weight, Fat, Food) en atención primaria y, por último y muy importante, habrá que hospitalizar en caso de embarazo de riesgo (Behar Astudillo, R., 2013; Vargas Guinea, B., 2017). En un estudio también se vio que se obtenían buenos resultados con terapia psicológica y realizando un programa de seguimiento a través de e-mails para prevenir recaídas. Con esto conseguían un aumento del IMC y una disminución del estrés materno a los 12 meses tras el alta de parto. (Mackenna, M. J., Escaffi, M. J. Et al., 2021).

5 Discusión-Conclusión

La AN es una enfermedad que produce graves consecuencias, incluso puede producir la muerte, en este caso tanto del feto como de la madre. Es difícil comprender el impacto psicológico que genera en las gestantes, ya que, por un lado, ellas necesitan estar bien alimentadas para tener un feto sano, pero, por otro lado, su mente no le permite esa ganancia de peso y esta contracción suele generar muchos de los problemas que aparecen. Tratándolo de manera multidisciplinar y de forma precoz enfermería puede ayudar a que haya un embarazo sano tanto para la madre como para el feto. Pero esto a veces se complica, ya que unas veces no revelan que están padeciendo un TCA y otras ni son conscientes, por lo que nuestro papel es muy importante, ya bien sea mediante test, la conversación o sesiones de trabajo, debemos identificar los posibles problemas que se pueden estar produciendo para prevenir sus consecuencias.

Enfermería ha de tener conocimientos y seguir protocolos de actuación actualizados para conseguir detectar el mayor número de casos posibles, ya que ellos hacen un análisis y una valoración de cada caso para dar la ayuda necesaria para cada uno.

Es importante la realización de promoción y prevención para reducir la AN, puesto que puede ser muy grave en el embarazo como se ha visto. Por ello, se han de conocer bien los riesgos y consecuencias, además de que se ha de tener información sobre la AN y de la importancia de la detección a tiempo de esta en

el embarazo. Por lo que se ve la necesidad de tener más literatura especializada de AN en embarazo.

6 Bibliografía

1. Alcaraz-Ocampo, C. E. (2017). Factores de Riesgo de la Anorexia Nerviosa.
2. Behar Astudillo, R. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Médicas UIS*, 26(1), 21-28.
3. Behar, R., González, J., Ariza, M., & Aguirre, A. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 155-162.
4. Dörsam, A. F., Preißl, H., Micali, N., Lörcher, S. B., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2019). The impact of maternal eating disorders on dietary intake and eating patterns during pregnancy: a systematic review. *Nutrients*, 11(4), 840.
5. Firman, G. (2020) Criterios diagnóstico para anorexia nerviosa. <https://medicalcriteria.com/web/es/anorexia/>.
6. Herald (2018). Los trastornos alimenticios, la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes. <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2018/11/30/los-tca-tercera-enfermedad-cronica-mas-frecuente-entre-adolescentes-1280547-2261131.html>.
7. Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., & Fernández Valero, M. J. (2011). Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica. *Enfermería Global*, 10(23), 147-157.
8. Hernández Vega, O. (2021). Los cuidados de enfermería en la mujer embarazada que padece anorexia nerviosa.
9. Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T., & Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(4), 392-e1.
10. Mackenna, M. J., Escaffi, M. J., González, T., Leiva, M. J., & Cruzat, C. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 207-213.
11. Pan, J. R., Li, T. Y., Tucker, D., & Chen, K. Y. (2022). Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1-11.
12. Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro, Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.

13. Vargas Guinea, B. (2017). Papel de la enfermera obstétrico-ginecóloga en la anorexia nerviosa durante la gestación y puerperio.

Capítulo 75

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA

JUAN JOSE CHACON BELMAR

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un aneurisma de aorta es una dilatación anormal y localizada en la pared de la arteria aorta, la arteria principal que transporta sangre oxigenada desde el corazón hacia el resto del cuerpo. Esta dilatación puede debilitar la pared arterial y aumentar el riesgo de ruptura, lo que puede ser potencialmente mortal.

Existen dos tipos principales de aneurismas de aorta:

- Aneurisma de aorta abdominal (AAA): Este tipo ocurre en la porción abdominal de la aorta y es más común en hombres mayores de 65 años. Por lo general, es asintomático hasta que se vuelve grande o se rompe. Si se detecta a tiempo, se pueden realizar seguimientos o procedimientos para prevenir la ruptura.
- Aneurisma de aorta torácica: (AAT): Este tipo afecta la porción torácica de la aorta, cerca del corazón. Los síntomas pueden variar según la ubicación y el

tamaño del aneurisma, pero pueden incluir dolor en el pecho, dificultad para tragar, tos y problemas respiratorios. La ruptura de un AAT es una emergencia médica.

Los factores de riesgo para desarrollar aneurismas de aorta incluyen la edad avanzada, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la aterosclerosis y una historia familiar de la enfermedad.

El diagnóstico suele realizarse mediante estudios de imágenes como la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética. El tratamiento depende del tamaño y la ubicación del aneurisma. Puede incluir seguimiento regular, medicamentos para controlar la presión arterial o procedimientos invasivos como la cirugía de reparación o el implante de endoprótesis aórticas.

Un aneurisma de aorta es una dilatación anormal de la arteria aorta que puede ser potencialmente mortal si se rompe. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones graves y garantizar una atención adecuada para los pacientes con esta condición.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en el paciente con aneurisma de aorta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 atención de los pacientes con aneurisma de aorta, brindando cuidados especializados para garantizar su bienestar y seguridad.

Aquí se describen las funciones clave del enfermero en esta área:

- Evaluación y monitoreo continuo:

El enfermero realiza evaluaciones regulares del paciente con aneurisma de aorta para vigilar su estado de salud. Esto incluye medir la presión arterial, monitorizar el pulso, observar cualquier cambio en los signos vitales y evaluar los síntomas relacionados con el aneurisma. La detección temprana de cambios potencialmente peligrosos es esencial.

- Educación del paciente:

El enfermero educa al paciente sobre su condición, los factores de riesgo, los síntomas de alarma y las medidas preventivas. Proporciona información sobre cómo controlar la presión arterial, dejar de fumar, llevar un estilo de vida saludable y cuándo buscar atención médica urgente.

- Manejo del dolor y la incomodidad:

El paciente con un aneurisma de aorta puede experimentar dolor en el área afectada o síntomas relacionados con la compresión de estructuras cercanas. El enfermero administra medicamentos para aliviar el dolor según lo prescrito y utiliza estrategias no farmacológicas, como la posición adecuada y la relajación, para mejorar la comodidad.

- Vigilancia de posibles complicaciones:

Los enfermeros están atentos a signos de complicaciones, como la ruptura de un aneurisma o la formación de coágulos sanguíneos. Cualquier cambio en el estado del paciente se informa de inmediato al equipo médico para una intervención oportuna.

- Apoyo emocional:

Un diagnóstico de aneurisma de aorta puede ser emocionalmente abrumador.

Los enfermeros brindan apoyo emocional al paciente y a sus familias, ofreciendo escucha activa y recursos para afrontar el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad.

- Coordinación del cuidado:

El enfermero trabaja en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como cirujanos vasculares y especialistas en cardiología, para coordinar el plan de cuidados del paciente. Esto incluye programar procedimientos quirúrgicos si son necesarios y asegurarse de que el paciente esté bien preparado para ellos.

El enfermero desempeña un papel multifacético en la atención del paciente con aneurisma de aorta, desde la evaluación y el monitoreo hasta la educación, el manejo del dolor, la vigilancia de complicaciones y el apoyo emocional. Su enfoque centrado en el paciente y la coordinación eficaz con el equipo de atención médica son fundamentales para brindar una atención de calidad a estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato al paciente con un aneurisma de aorta, es esencial priorizar la comunicación, la empatía y la seguridad. En primer lugar, escuchar activamente al paciente y mostrar interés en sus preocupaciones es fundamental. Dedicar tiempo para responder sus preguntas y abordar sus miedos, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad asociada a esta condición.

En segundo lugar, informar al paciente sobre su enfermedad y las medidas preventivas. Proporcionar información clara y comprensible sobre el aneurisma, los síntomas de alarma y las estrategias para mantener una buena salud cardiovascular. Animar al paciente a participar activamente en su autocuidado y a seguir las indicaciones médicas.

En conjunto, una relación de confianza basada en la comunicación abierta y el apoyo puede marcar la diferencia en la experiencia del paciente con un aneurisma de aorta. La empatía y la educación son herramientas poderosas para empoderar al paciente y ayudar en su camino hacia un manejo efectivo de esta condición.

6 Bibliografía

1. Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.

Capítulo 76

PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

JUAN JOSE CHACON BELMAR

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una condición médica crónica en la cual la presión arterial en las arterias es constantemente elevada, lo que significa que el corazón tiene que trabajar más duro de lo normal para bombear sangre a través del sistema circulatorio. La presión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se expresa como dos números: la presión sistólica (el número superior) y la presión diastólica (el número inferior).

Una presión arterial normal se considera generalmente alrededor de 120/80 mm Hg. En el caso de la HTA, la presión arterial suele ser igual o superior a 140/90 mm Hg en varias mediciones a lo largo del tiempo.

La HTA puede ser esencial (sin una causa identificable) o secundaria (causada por otras condiciones médicas como enfermedades renales o endocrinas). Esta

condición es un factor de riesgo importante para enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica.

El tratamiento de la HTA puede incluir cambios en el estilo de vida, como una dieta saludable y la actividad física regular, así como medicamentos recetados para reducir la presión arterial. Es esencial controlar y gestionar la HTA para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente.

La hipertensión arterial sistémica es una afección crónica en la que la presión arterial en las arterias está constantemente elevada, lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Su manejo implica cambios en el estilo de vida y, en algunos casos, medicamentos recetados para reducir la presión arterial y prevenir complicaciones.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en el paciente con hipertensión arterial sistémica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 atención al paciente con HTA, ya que la gestión efectiva de esta condición crónica es esencial para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente. Aquí se describen las funciones clave del enfermero en el cuidado de pacientes con HTA:

- Evaluación y diagnóstico:

El enfermero realiza una evaluación integral del paciente, que incluye la medición precisa de la presión arterial, la revisión de antecedentes médicos y el monitoreo de síntomas relacionados con la HTA, como dolores de cabeza, mareos o visión

borrosa. Esta evaluación ayuda a establecer un diagnóstico preciso y a determinar el nivel de riesgo cardiovascular.

- Educación y consejería:

El enfermero educa al paciente sobre la HTA, sus causas, factores de riesgo y los posibles efectos en la salud. Proporciona orientación sobre cambios en el estilo de vida, como la dieta baja en sodio, la actividad física regular y la reducción del estrés. Además, destaca la importancia de tomar medicamentos según lo prescrito y brinda información sobre posibles efectos secundarios y su control.

- Control y seguimiento:

El enfermero monitorea regularmente la presión arterial del paciente y registra los datos para evaluar la respuesta al tratamiento. Ayuda al paciente a llevar un registro de su presión arterial en el hogar y establece metas de control. También se asegura de que el paciente comprenda cuándo y cómo tomar sus medicamentos.

- Promoción de cambios en el estilo de vida:

El enfermero trabaja con el paciente para implementar cambios saludables en el estilo de vida, como la adopción de una dieta equilibrada, la reducción del consumo de sal, el aumento de la actividad física y la eliminación de hábitos perjudiciales, como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol.

- Apoyo emocional:

La HTA puede causar estrés y ansiedad. El enfermero ofrece apoyo emocional al paciente, lo escucha activamente y brinda herramientas para afrontar el impacto psicológico de la enfermedad.

- Coordinación del cuidado:

El enfermero colabora con otros profesionales de la salud, como médicos, dietistas y farmacéuticos, para garantizar una atención integral y un tratamiento coordinado.

El enfermero desempeña un papel esencial en el manejo de la hipertensión arterial sistémica al realizar evaluaciones, educar al paciente, monitorear la presión arterial, promover cambios en el estilo de vida y proporcionar apoyo emocional. Su enfoque centrado en el paciente y la coordinación con otros miembros del equipo de atención médica son fundamentales para lograr un control adecuado de la HTA y prevenir complicaciones cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Para un tratamiento efectivo de la HTA es fundamental seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la adherencia al tratamiento médico es esencial.

Asegurarse de tomar sus medicamentos según lo recetado por su médico y no interrumpa el tratamiento sin su aprobación. La medicación puede ayudar a controlar su presión arterial y prevenir complicaciones.

En segundo lugar, adoptar un estilo de vida saludable. Esto implica llevar una dieta equilibrada baja en sodio, hacer ejercicio regularmente, controlar su peso y evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Estos cambios en el estilo de vida pueden ayudar a reducir la presión arterial y mejorar su salud cardiovascular en general.

Hay que destacar que la HTA es una condición crónica que requiere una atención constante. Mantener un seguimiento regular con su médico y realizar controles de presión arterial en casa puede ayudar a controlar su condición de manera efectiva. Se debe consultar al equipo de atención médica para obtener orientación adicional y resolver cualquier inquietud.

6 Bibliografía

1. Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.

Capítulo 77

EL PACIENTE CON FARINGITIS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JUAN JOSE CHACON BELMAR

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La faringitis grave, también conocida como faringitis aguda severa, es una inflamación aguda y dolorosa de la faringe, la parte posterior de la garganta. Esta afección generalmente es causada por una infección viral o bacteriana y puede ser altamente incómoda y debilitante. Aquí, se describen las características y consecuencias de la faringitis grave:

Los síntomas de la faringitis grave incluyen dolor de garganta intenso, dificultad para tragar, fiebre alta, fatiga, dolor de cabeza y malestar general. La faringitis bacteriana, a menudo causada por el *Streptococcus pyogenes*, también puede presentar pus en las amígdalas y glándulas inflamadas en el cuello.

Es importante tratar adecuadamente la faringitis grave, especialmente si es de origen bacteriano, ya que puede llevar a complicaciones como la fiebre reumática o la glomerulonefritis postestreptocócica si no se maneja adecuadamente. El tratamiento generalmente implica el uso de antibióticos si la causa es bacteriana, así como medidas de apoyo como descanso, analgésicos y mantenerse bien hidratado. Es esencial consultar a un profesional de la salud para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

La prevención de la faringitis grave se basa en prácticas de higiene adecuadas, como lavarse las manos regularmente y evitar el contacto cercano con personas infectadas. Además, evitar el uso excesivo de antibióticos y cumplir con el tratamiento completo si se prescriben son pasos importantes para prevenir la resistencia a los antibióticos y reducir la propagación de la enfermedad.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las tareas que son de su competencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado del paciente con faringitis crónica grave que ingresa en el hospital. Sus funciones son variadas y están orientadas a proporcionar apoyo al enfermero y garantizar la comodidad y el bienestar del paciente. A continuación, se describen las funciones clave del técnico en esta situación:

Asistencia en la admisión: El técnico auxilia en el proceso de admisión del paciente, asegurando que se complete la documentación necesaria y facilitando la orientación del paciente y su familia en la unidad hospitalaria.

Monitorización de signos vitales: El técnico toma y registra los signos vitales del paciente, incluyendo la temperatura, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, proporcionando información importante para la evaluación del estado del paciente.

Colaboración en la movilización: Ayuda al paciente a moverse de manera segura dentro de la unidad hospitalaria, fomentando la actividad física moderada que puede ser beneficiosa para el bienestar general.

Asistencia en la higiene y confort: Ayuda al paciente en la realización de la higiene personal, asegurando que esté cómodo y proporcionándole apoyo en la realización de actividades básicas como el aseo y el cambio de ropa de cama.

Distribución de medicamentos: Bajo supervisión del enfermero, el técnico puede ayudar en la administración de medicamentos orales o tópicos según las indicaciones médicas, asegurándose de seguir los protocolos de seguridad.

Asistencia en la alimentación: Colabora en la alimentación del paciente, asegurando que reciba la dieta prescrita y observando cualquier dificultad para tragar o signos de desnutrición.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones y ofreciendo compañía y consuelo durante su estancia hospitalaria.

Registro de información: Mantiene registros precisos de las actividades realizadas, los signos vitales y cualquier observación relevante sobre el estado del paciente, proporcionando información vital para el equipo de atención médica.

Comunicación efectiva: Colabora en la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud, transmitiendo información sobre el plan de cuidados y las necesidades del paciente.

Educación al paciente: Bajo la dirección del enfermero, puede proporcionar educación básica al paciente sobre su condición, el tratamiento y las medidas de prevención.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado del paciente con faringitis crónica grave en el entorno hospitalario. Su atención, apoyo y colaboración son fundamentales para garantizar una atención integral y contribuir a la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado del paciente con faringitis crónica grave en el entorno hospitalario. Su atención, apoyo y colaboración son fundamentales para garantizar una atención integral y contribuir a la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Cordovilla, R., Álvarez, S., Llanos, L., Ares, A. N., Viedma, E. C., Díaz-Pérez, D., & Flandes, J. (2020). Recomendaciones de consenso SEPAR y AEER sobre el uso de la broncoscopia y la toma de muestras de la vía respiratoria en pacientes con sospecha o con infección confirmada por COVID-19. *Archivos de Bronconeumología*, 56, 19-26.

Capítulo 78

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA CARDÍACA

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares tienen una de las mayores incidencias en nuestro país, siendo una de las causas de muerte más destacadas, principalmente en el género masculino. En el año 2022, hubo un total de 120.572 muertes en España, ocurriendo en un mayor porcentaje en hombres. Aquellos pacientes cuyas patologías cardiovasculares estén tan avanzadas que la medicación no pueda paliar los síntomas, deben de someterse a una cirugía cardíaca.

La cirugía cardíaca es la rama de la Cirugía que se encarga de prevenir, estudiar y tratar las enfermedades del corazón, el pericardio y sistema vascular de grandes vasos. En los últimos años, la cirugía cardíaca ha experimentado un gran avance y los cuidados que requiere cada vez se han vuelto más específicos. Dentro del equipo de profesionales implicados, el rol de enfermería es fundamental desde que el paciente ingresa en el hospital. En primer lugar, la valoración y admisión

en la unidad, además de diversos cuidados preoperatorios, como durante la intervención quirúrgica, donde se utiliza una bomba de circulación extracorpórea, hasta los cuidados postoperatorios, con una vigilancia por parte del personal de enfermería durante las 24 horas de todos los signos clínicos: temperatura, tensión arterial, arritmias, drenajes colocados y alta domiciliaria.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes roles de enfermería dentro de los cuidados en el paciente sometido a cirugía cardíaca.
- Identificar las intervenciones de enfermería antes, durante y tras una cirugía cardíaca.

3 Metodología

Para llevar a cabo el siguiente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de evidencia científica recopilando artículos relacionados con el papel de enfermería en el cuidado de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. La búsqueda ha comprendido durante el mes de julio de 2023 en las principales bases de datos: PubMed, Google Scholar y Web Of Science. Las palabras clave según los términos MeSH han sido: “nursing”, “cardiac surgical procedures” y “thoracic surgery”. Se han seleccionado los artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las actividades desempeñadas por el equipo de enfermería pueden dividirse en 3 campos:

- Enfermería preoperatoria: Se encarga de preparar al paciente para la intervención quirúrgica y disminuir las complicaciones postoperatorias. En primer lugar, se realiza la admisión del paciente, consultando todos los datos de interés posibles: antecedentes personales, alergias, medicación habitual... Además, deberá de proporcionar información en cuanto al proceso quirúrgico y proporcionar apoyo emocional y disminuir el nivel de ansiedad. Se deberá de comprobar la firma del consentimiento informado previamente entregado por el médico, administración de medicación pre-quirúrgica, así como ayuno 12 horas previas al procedimiento. En general, se brindarán todos los cuidados necesarios para limitar posibles incidencias el día de la cirugía.

- Enfermería intraoperatoria: dentro de la sala de quirófano, existen 4 enfermeros con diferentes roles.

1. Enfermero perfusionista: se encarga del montaje de la bomba de circulación extracorpórea, así como control de todo el material necesario para el correcto funcionamiento de la máquina. Una de sus funciones, además de controlar la bomba, será realizar cuantas analíticas sean necesarias durante la intervención, obtenidas de la máquina extracorpórea.

2. Enfermero instrumentista: su labor será corroborar previo a la cirugía que todas las cajas de instrumental son correctas. Además, se encargará de la colocación de instrumental en la mesa quirúrgica y ayuda al cirujano a preparar el campo quirúrgico.

Es uno de los cargos con más responsabilidad, puesto que junto a la enfermera circulante deberá de realizar el conteo de todo el material utilizado durante la operación.

3. Enfermero de anestesia: realizará labores de carga de medicación, control de fármacos, bombas de perfusión, solicitud de hemoderivados al banco de sangre, preparación del sistema de aspiración, material de intubación y vía central, pegatina de BIS, control de monitores y ecocardiógrafo.

4. Enfermero circulante: es la persona que se va a encargar de visualizar de forma global la intervención; suele ayudar a la enfermera instrumentista a preparar el campo estéril, a los cirujanos a vestirse, desinfección del paciente. También será encargada de la coordinación con laboratorio, banco de sangre, anatomía patológica. Además, se encargará de anotar las observaciones y cuidados de enfermería realizados en el quirófano.

- Enfermería postoperatoria: los cuidados postoperatorios se centrarán en la monitorización continua del paciente y control de posibles complicaciones.

Analíticas frecuentes y control de ritmo cardiaco mediante electrocardiograma, cura de herida quirúrgica y de drenajes. Balance de líquidos (diuresis, deposiciones, balance hídrico, edemas, etc.).

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el papel de las enfermeras es clave dentro del equipo multidisciplinar que engloba una cirugía cardiaca. El trabajo de enfermería en cuanto a los cuidados del paciente que se va a someter a una cirugía cardiaca, tanto en la preparación, como durante la intervención y postoperatorio, son fundamentales y esenciales para la recuperación posterior. Sin embargo, los avances en este tipo de intervenciones son continuos, al igual que el aumento de capacidades del

personal de enfermería, adquisición de funciones, por lo que es necesaria una especialización cada vez mayor no solo en esta área, sino en otras muchas de la enfermería.

6 Bibliografía

1. INE. Instituto Nacional de Estadística. INE s/f. <https://ine.es/>.
2. Medicos P. Cuidados intraoperatorios de enfermería en cirugía cardíaca. Revista-portalesmedicos.com 2022. <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-intraoperatorios-de-enfermeriaen-cirugia-cardiaca/>.
3. Cirugía Cardíaca. Hmnoudelfos.com s/f. <https://www.hmnoudelfos.com/es/especialidades/especialitats-mediques/cirugia-cardiaca>.
4. Garlitos Zorro, M. T. (2009, febrero). Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Área de salud de Badajoz. <https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/docenciaeinvestigación/pacientescirugia.pdf>.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
7. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 79

ENFERMERÍA ANTE LOS BEBES RECIEN NACIDOS DE PACIENTES ADICTAS A LAS DROGAS.

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

1 Introducción

El síndrome de abstinencia neonatal (SNA) se puede definir como el conjunto de signos y síntomas que el recién nacido experimenta una vez se produce el nacimiento, al haber estado expuesto a sustancias tóxicas, consumidas por la madre, durante su desarrollo intrauterino.

Dicho síndrome es producido debido a que las sustancias consumidas son capaces de atravesar la barrera placentaria llegando al bebé y haciendo que tanto la madre como el bebé se vuelvan dependientes de la droga.

Las sustancias tóxicas adictivas que con mayor cantidad y frecuencia se consumen son cafeína (40%), tabaco (13,6%), alcohol (3,5%) y, un 32,6% consumen marihuana, cocaína, anfetaminas (éxtasis, MDMA), benzodiacepinas, opiáceos

(heroína, metadona, morfina), barbitúricos, antidepresivos, Codeína y Oxycodona.

En España se cree que el 50,4% de las mujeres embarazadas ha consumido alguna sustancia tóxica durante el embarazo y, el 50% de ellas han consumido la combinación de varias de esas sustancias anteriormente mencionadas. De ese porcentaje, el 60 – 70% de los recién nacidos tendrá síndrome de abstinencia en los primeros días de vida y, en torno al 40% de ellos padecerán problemas de salud a lo largo de su vida si entre las sustancias consumidas se encuentran nicotina, anfetaminas, cocaína, marihuana o alcohol.

2 Objetivos

El objetivo principal de dicha revisión bibliográfica es dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo para detectar, controlar y tratar el síndrome de abstinencia que el bebé con madre consumidora de sustancias tóxicas pueda llegar a tener, una vez se haya producido el alumbramiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 síndrome de abstinencia no tiene un patrón fijo de presentación, si no, que el inicio dependerá de la cantidad y el tipo de droga consumida por la madre y, en la semana de embarazo que comenzó y finalizó el consumo. Así, se puede observar el inicio entre las 4 – 24 horas del nacimiento para opiáceos, llegando hasta los 8– 14 días post nacimiento, aunque lo habitual es realizar control de síntomas las primeras 48 – 72 horas.

Para reconocer los signos y síntomas de alarma del síndrome de abstinencia, primeramente, se deberá conocer que sustancia ha estado consumiendo la madre, ya que estos van a depender de dicha sustancia. Aunque hay síntomas comunes

para todas las drogas como son hipoglucemia, hipomagnesemia, sepsis, irritabilidad, temblores, nerviosismo, insomnio, febrícula o fiebre, diarrea y vómitos, se deberán distinguir los específicos de cada droga, así, con el consumo de opiáceos, además, se pueden ver hiperreflexia, clonus, hipertonía, bostezos, estornudos, llanto agudo, reflejo de Moro exagerado; taquicardia, hipertensión arterial, taquipnea, sudoración, distrés respiratorio crónico, rinorrea, lagrimeo, midriasis; intolerancia digestiva. Si se consume benzodiacepinas también se observarán movimientos anormales, convulsiones, sudoración, temblores y/o llanto inconsolable. Con el consumo de cocaína y anfetaminas conjuntamente se observará llanto estridente, succión excesiva, hiperreflexia, malformaciones, hemorragias, infartos intracraneales e intestinales, atresia, reducción de los miembros, anomalías cardíacas y renales y, muerte súbita. Si se ha consumido marihuana, además se observará sobresaltos, hiperreflexia, alteraciones del sueño, baja motilidad y menor respuesta a estímulos lumínicos.

Entre los cuidados de enfermería se encuentran el paliar dicha sintomatología y proporcionar el mayor confort al niño hasta que desaparezca toda la droga de su organismo. Para la adecuada valoración del grado de abstinencia presente en el bebé se realiza la escala modificada de Finnegan, dónde se puntuará la presencia o no de los signos descritos en dicha escala. Si la puntuación es > de 8 signos, se deberá iniciar el tratamiento adecuado.

Una vez realizada la escala, se mantendrá al bebé en la incubadora, manipulándolo lo menos posible, aislándolo de la luz y los ruidos, así como, se calmará el llanto excesivo e irritabilidad mediante el uso de chupete o inmovilización con toallas.

Dichos métodos se irán retirando al observar la mejoría de los síntomas.

La alimentación se deberá iniciar una vez desaparezcan los vómitos, realizando tomas pequeñas y con mayor frecuencia. Estará contraindicada la lactancia materna para evitar el traspaso de una mayor cantidad de sustancias tóxicas o posibles enfermedades de transmisión sexual al recién nacido.

Con respecto al tratamiento farmacológico que será pautado por el neonatólogo, será diferente según la sustancia tóxica consumida, aunque, generalmente, se administrará 20 mg/kg de fenobarbital IM seguido de 6-12 mg/kg/día VO de mantenimiento c/8 h. Si además la madre es HB Ag+, se administrará 0,5 ml de gammaglobulina anti-hepatitis B y vacuna anti-hepatitis B con 5 µg antes de las 12 horas de vida, repitiéndose al mes o a los 2 meses y a los 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de abstinencia debe ser inicialmente manejado por las matronas y ginecólogas que atienden y detectan a dichas madres toxicómanas, inculcando y haciendo ver los efectos secundarios que se producirán por el consumo de sustancias tóxicas como puede ser retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, prematuridad, hipertensión y taquicardia materno/fetal, malformaciones, contagio de enfermedades como VIH, VHC o VHB, pudiendo todo ello llevar a la muerte prematura del bebé.

Con respecto a la actitud a llevar a cabo en la Unidad de Neonatología, se deberá manejar cada caso individualmente, y, tener en cuenta tanto los comentarios de las matronas y ginecólogas, como la de los Servicios Sociales, ya que según la trayectoria de la madre y la sustancia tóxica consumida/tiempo de consumo, el bebé puede ser dado de alta de neonatos e irse con la madre o, puede terminar con la custodia en los Servicios Sociales.

Por último, hoy día no existe un protocolo de actuación común a llevar a cabo del manejo del síndrome de abstinencia del neonato, por lo que resultaría de interés realizar un seguimiento del mejor manejo de dichas situaciones y dejarlo reflejado para que en todos los servicios de neonatología resuelvan estos problemas de salud al unísono diferenciando claramente la actitud a adoptar según el tipo de droga o enfermedad de transmisión sexual a la que se enfrenten en cada caso particular.

6 Bibliografía

1. Fernández Carrión F, Pérez A. Síndrome de abstinencia en la UCIP. [Internet] Protoc diagn ter pediatr. [citado el 13 de abril de 2023]. 2020;3:3-15. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_sindrome_ucip.pdf.
2. Mur MA, Lopez-Vilchez A, Paya A. Abuso de tóxicos y gestación [Internet]. AEP [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://seneo.es/images/site/publicaciones/protocolos/17.pdf>
3. Marangoni SR, Gavioli A, Días LE, Oliveira MLF de. Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. Cogitare Enferm. [Internet].2022 [día 14 de abril de 2023];27. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/Yt686KWGPP8DWC4Y8yWY5Bb/?format=pdf&lang=es#:text=Un%20estudio%20realizado%20con%20mujeres,nocivas%20durante%20el%20per%20C3%ADodo%20prenatal>.
4. Zapata Diaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet MC. Síndrome de abstinencia

neonatal. Pediatría [Internet]. 2017 [citado el 15 de abril de 2023];50(2). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007313.htm>.

5. Metadona. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. [Internet]. 2022. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metadona>.

6. López LI, Herrerías A, Franc FJ. Atención de Enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal [Internet]. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería; 2020 [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencione-enfermeria-en-el-sindrome-de-abstinencia-neonatal/>.

7. Síndrome de abstinencia neonatal. [Internet] Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=neonatalabstinencesyndrome90-P05496>.

Capítulo 80

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES QUE PADECEN UN TRAUMATISMO EN EL TORAX

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

1 Introducción

La importancia de este estudio radica en fomentar las habilidades de pensamiento crítico en los profesionales de enfermería para que puedan brindar una atención oportuna y científicamente respaldada y, por lo tanto, minimizar las complicaciones que pueden resultar del manejo inadecuado del trauma torácico. También servirá como aporte para futuras investigaciones y ayudará a reevaluar los cuidados estándar de enfermería a la luz de la mencionada patología.

Con una alta tasa de mortalidad, las lesiones son uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. El trauma torácico es uno de los patrones de lesiones más comunes que resultan de un trauma (ya sea por accidentes laborales, domésticos o de transporte) y es responsable de aproximadamente el 30% de las

muertes. Es importante señalar que muchas de estas lesiones se pueden tratar de forma no quirúrgica o con medios no quirúrgicos antes de la cirugía.

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos simples pueden evitar problemas más graves, como estancias prolongadas en el hospital o incluso la muerte. Por ello, el conocimiento de las diversas estructuras anatómicas y la fisiopatología de las posibles lesiones torácicas es crucial para estructurar la valoración de heridas que fácilmente pueden complicarse y poner en peligro la vida del paciente.

2 Objetivos

- Exponer e indicar la actuación del personal de enfermería en el traumatismo torácico de un paciente 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

Se aplicará la recomendación ATLS (Advanced Trauma Life Support).

1. Vía aérea apoyada por el control de la columna cervical y salvaguardando una ventilación adecuada.
2. Oxigenación y ventilación efectivas.
3. Circulación y sangrado bajo control.
4. Evaluación psicológica del cerebro.
5. El control ambiental y la exposición trabajan juntos para prevenir la hipotermia.

Las pautas importantes para el tratamiento del trauma torácico son:

Mediante el uso de una cánula orofaríngea, intubación endotraqueal y/o aspiración traqueobronquial, podemos ver si hay cuerpos extraños manteniendo la permeabilidad de la vía aérea, permitiendo que el paciente reciba suficiente oxígeno y ventilación.

1. Mantener una expansión pulmonar saludable.

2. La condición hemodinámica del paciente debe ser lo más estable posible.

3. Después de un examen completo, se descartan las siguientes condiciones:

- Shock hipovolémico:

Que se indica cuando los síntomas del paciente se acompañan de hipotensión, taquicardia y yugulares vacíos. Se transfunde un paquete de glóbulos rojos si el shock persiste después de comenzar un procedimiento de reemplazo de volumen inicialmente. Dependiendo del centro hospitalario en el que nos encontremos se podrán realizar pruebas diagnósticas. Mediante la transfusión de líquidos calientes (36 grados) y manteniendo el calor del paciente, es fundamental que el paciente evite la hipotermia.

- La bradicardia y la hipotensión:

Son los síntomas del paciente para el shock de la médula espinal. Una lesión de la médula espinal torácica superior o cervical inferior podría ser la raíz de los problemas. Los medicamentos vasoactivos y la sobrecarga de volumen se utilizarían para el tratamiento.

- Shock compresivo:

La ingurgitación yugular, la mala perfusión periférica y la taquicardia están presentes junto con los síntomas del paciente. Si existe un desequilibrio entre los dos pulmones o se produce microventilación, sospecharemos un neumotórax a tensión o rotura diafragmática.

- Shock cardiogénico:

El paciente presenta taquicardia, hipotensión e insuficiencia cardíaca como síntomas. Si hay daño en la arteria descendente o si hay insuficiencia cardíaca, se realizará una angioplastia urgente.

4. El personal de enfermería estará pendiente de la presencia de:

- Índices de dificultad respiratoria.

- Asimetrías en los sonidos pulmonares.

- Venas cervicales distendidas o colapsadas.

- Lesiones en el cuello o la pared torácica.

- La presencia palpable de dolor en la pared torácica.

- La pared torácica se mueve de forma inesperada.

- La presencia de un hematoma y enfisema subcutáneo en la zona cervical.

- Frecuencias del pulso carotídeo y braquial más bajas.

- Los exámenes complementarios incluyen una radiografía de tórax, un ECG y gases en sangre arterial.

- Monitorear signos vitales.

- Canalización de vías periféricas, ya sea para toma de muestras analíticas, perfusión de fluidos y medicamentos, para sedación, relajación y analgesia.

- Información para el paciente, suponiendo que esté despierto.
- Si el paciente está inconsciente, atender todas sus necesidades.
- Dar máxima prioridad al mantenimiento de un volumen adecuado de infusión.
- Un manejo adecuado del dolor, ya que el dolor puede cambiar la dinámica del sistema respiratorio.

5 Discusión-Conclusión

El traumatismo torácico es frecuente en pacientes traumatizados y las lesiones pueden ser mortales o potencialmente mortales.

Por ello, podemos sospechar la presencia de alguno de ellos mediante una valoración rápida y metódica basada en lo que hemos aprendido sobre biomecánica y fisiopatología y tomar las medidas oportunas antes de que el paciente se estabilice.

Casi todas las lesiones traumáticas torácicas que hemos comentado pueden controlarse o aliviarse a la espera del tratamiento definitivo mediante técnicas relativamente sencillas (al alcance de nuestra mano en cualquier entorno). Una parte significativa no necesita ningún tipo de cirugía.

Se debe mantener en todo momento una perspectiva global de la situación en la que nos encontramos para que la actuación de enfermería sea exitosa en este proceso.

6 Bibliografía

1. Fraile Alonso I, Lesaga Llopis J, Estebarán Martín MJ. Traumatismo torácico. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Hospital Virgen de la Salud. 4ª edición. 2014.
2. Canabal Berlanga A, Perales Rodríguez de Viguri N, Sánchez Izquierdo Riera JA, Navarrete Navarro P. Manual de soporte vital avanzado en trauma. 2ª edición. Madrid: Elsevier; 2010.

Capítulo 81

PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE UN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

M^a ELISABETH SERRANO MORA

LAURA TRUJILLO SERRANO

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

1 Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad, en el que el paciente tiene de manera recurrente obsesiones y/o compulsiones.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes, sentimientos recurrentes y persistentes que crean ansiedad a la persona que lo sufre y lo lleva a realizar acciones repetitivas (son las compulsiones) para poder disminuir la ansiedad y el malestar que le crea la obsesión. Estas compulsiones pueden ser actos mentales como por ejemplo repetir alguna palabra, rezar, formar contraimágenes o pueden ser conductas motoras como por ejemplo, comprobaciones o lavado de manos son las más comunes.

El realizar estas compulsiones le crea un gran alivio aunque sea a corto plazo. El no realizarlo le llevaría a un gran sufrimiento.

Los pacientes con TOC pueden tener conductas de evitación a las situaciones que le causen ansiedad.

El TOC se puede asociar a otros trastornos como depresión y pueden aparecer de manera conjunta otros trastornos de ansiedad como fobias social, específicas....

Estos pacientes a menudo presentan o han presentado en algún momento de su vida tics nerviosos.

Este tipo de trastorno genera mucho malestar al paciente y puede dañar su día a día, sus relaciones personales, laborales y sociales. Todo esto hace que disminuya su calidad de vida.

2 Objetivos

Describir el papel de la enfermera en el cuidado de un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una investigación sobre la literatura existente de este trastorno.

Se ha realizado una búsqueda de información en las principales bases de datos pubmed, medline y scielo. Utilizando palabras clave con trastorno obsesivo compulsivo, cuidados de enfermería, ansiedad, obsesiones, compulsiones.

4 Resultados

La actuación de la enfermera ante un paciente con TOC sería hacer una valoración completa para intentar conocer las causas que pueden provocar la ansiedad y/o depresión.

Importante valorar la capacidad de independencia del paciente y autonomía suficiente para cubrir sus necesidades básicas.

Valorar el grado de ansiedad que sufre.

Identificar si tiene conductas de evitación .Ej: no tocar timbres, o no pasar a un baño público...

Valorar si pudiera tener alguna conducta peligrosa hacia sí mismo o hacia otra persona.

Ver también si pudiera haber alguna herida, a veces producidas por ejemplo por lavarse las manos continuamente.

Después de una valoración , los cuidados y actividades de la enfermera son:

Hacer saber en todo momento que estamos a su lado, dejarlo que exprese libremente sus sentimientos, escucharlo sin juzgarlo, esto puede ayudar a disminuir la ansiedad y ayudar a su autoestima.

Es importante que el paciente vea que reconocemos su comportamiento, sus conductas y sus obsesiones, siempre intentando empatizar. Es difícil crear una relación de confianza.

Observar con que frecuencia tiene las obsesiones y compulsiones.

Valorar la repercusión emocional que sufre el paciente.

Nunca ridiculizar sus compulsiones. Ellos siguen sus “rituales”, para el resto de personas puede parecer extrañas o ridículas, pero no se debe hacer burla de la situación. Para el paciente este momento es algo muy serio, y es lo único que le reduce su ansiedad.

No intervenir ni interrumpir sus obsesiones ni compulsiones. Dar un entorno seguro e intentar evitar los posibles peligros.

Debemos animarlo a que vaya a terapia, quitarle el miedo y ayudarlo a elegir si es posible un terapeuta. Apoyarlo para que cumpla el tratamiento tanto psicológico como farmacológico.

Los cambios deben ser de manera gradual, poner nuevas tareas semanalmente.

Reforzar cualquier cambio positivo.

Hablar con la familia, explicarle la situación y guiarla para que se implique en el tratamiento. Conociendo las características del trastorno, podrán evitar un deterioro familiar y social.

Todo esto es importante para el inicio del cambio.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad psiquiátrica bastante común, esta considerada por la OMS como una de las 20 enfermedades más discapacitante. Como hemos visto es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por pensamientos obsesivos que generan ansiedad , que se pueden expresar de diferentes maneras y que llevan a realizar conductas compulsivas para reducir dicha ansiedad. Estas conductas se vuelven reacciones exageradas e inapropiadas. Los pacientes pueden reconocer que son conductas absurdas, pero sino lo hacen aumentaría mucho la ansiedad.

El TOC suele comenzar en edad temprana incluso en la infancia, y evoluciona progresivamente.

Es un proceso crónico, y puede llegar a ser muy incapacitante, aunque con buena adhesión al tratamiento psico-farmacológico, hay periodos de mucha mejoría. La desaparición completa se ve en mínimos casos.

Las consecuencias del trastorno no solo afecta al paciente en su desarrollo psicosocial, sino que puede afectar también a la familia, y genera un alto nivel de sufrimiento.

Es importante por tanto el conocimiento y la correcta formación del personal de enfermería respecto a los cuidados del paciente con este tipo de trastorno.

6 Bibliografía

1. [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo#:text=El%20trastorno%20obsesivo%2Dcompulsivo%20es,tener%20comportamientos%20repetitivos%20\(compulsiones\).](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo#:text=El%20trastorno%20obsesivo%2Dcompulsivo%20es,tener%20comportamientos%20repetitivos%20(compulsiones).)
2. <https://medlineplus.gov/spanish/obsessivecompulsivedisorder.html>
3. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/trastorno-obsesivo-compulsivo>
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400006
5. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo>

Capítulo 82

ENFERMERÍA EN LA LA PRESIÓN MEDIA DE TODAS LAS FLUCTUACIONES EN LOS PACIENTES

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

1 Introducción

La presión venosa central es uno de los parámetros más utilizados en la monitorización hemodinámica invasiva, la cual aporta información relevante sobre el estado del paciente y ayuda a guiar la instauración del tratamiento y su evaluación.

La presión venosa central revela la cantidad de sangre que regresa al corazón, así como la capacidad que tiene el corazón para bombear la sangre hacia el sistema arterial.

Puede establecerse que la presión venosa central refleja de manera directa la presión en la aurícula derecha, y de manera indirecta la presión telediastólica ventricular. Por eso, la presión venosa central es un indicador óptimo de la función

derecha del corazón, ya que si el ventrículo derecho presenta insuficiencia, la presión venosa central está aumentada.

Para medir la presión venosa central se debe insertar previamente un catéter que llegue hasta la vena cava superior. Las venas más utilizadas para su inserción son la braquial, subclavia o yugular. El catéter puede poseer una o dos luces, siendo más indicado utilizar el de doble lumen.

Enfermería es el personal indicado para medir la presión venosa central, debiendo conocer la manera en que debe realizar esta técnica para que los resultados que se obtengan sean fiables y certeros.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer la actuación de Enfermería en la medición de la presión venosa central.

Objetivos secundarios:

- Analizar qué es la presión venosa central.
- Conocer qué venas son las más utilizadas para insertar el catéter venoso central.
- Establecer los valores normales de la presión venosa central.
- Establecer en qué situaciones se utiliza la medición de la presión venosa central.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos científicas. Las bases de datos consultados han sido: Medline, Scopus, Cochrane y Cuiden.

Las palabras clave utilizadas han sido: presión venosa central, medición, enfermería, técnica, actuación.

4 Resultados

Para medir la presión venosa central se pueden utilizar parámetros de presión o de volumen, siendo el más utilizado el de presión.

Los valores normales establecidos son:

- Presión venosa central: 2-6 mmHg.
- Presión de aurícula izquierda: 4-12 mmHg.
- Presión de oclusión de la arteria pulmonar: 6-12 mmHg.

La medición de la presión venosa central está indicada en situaciones como:

- Terapia de infusiones intravenosas de mantenimiento.
- Nutrición parenteral.
- Para forzar la diuresis.
- Trastornos hidroelectrolíticos.
- Para controlar el reemplazo de volumen de líquidos en un shock, hemorragia intestinal, fracaso renal agudo, ventilación asistida, entre otros.

Las cifras obtenidas tras la medición de esta presión se utilizan como estimación de la volemia. La variación de esta presión depende del volumen y del flujo en las venas centrales y del estado funcional en que se encuentran las cavidades derechas del corazón.

Para que Enfermería pueda medir la presión venosa central debe:

- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Detener cualquier solución que se estuviera administrando por la vía central.
- Situar la columna de medición a nivel de la línea axial media del paciente. Se aconseja marcar la zona para tener siempre el mismo punto de referencia en posteriores mediciones.
- Colocar la flecha del manómetro en el cero.
- Determinar la luz en que se va a realizar la medición en caso de que el catéter posea varias luces.
- Llenar la columna con suero a través de a llave de tres vías, conectándola al catéter del paciente para que exista una continuidad entre paciente y columna.
- La columna de suero irá bajando hasta llegar a un punto donde solo existan pequeñas fluctuaciones relacionadas con los movimientos respiratorios del paciente, siendo ese valor es que se corresponde con la presión venosa central del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La presión venosa central depende del retorno venoso y de la función cardíaca. El profesional de Enfermería es el responsable de realizar esta medición, teniendo una serie de responsabilidades clave como la comprobación del uso correcto del equipamiento, obtener datos precisos y establecer tendencias.

Para realizar la técnica de medición, Enfermería debe seguir el protocolo de actuación establecido a fin de evitar posibles complicaciones y obtener así datos de valores fiables y veraces. Para ello, debe contar con la formación adecuada para ejecutar la técnica de manera eficaz y aportando los cuidados necesarios oportunos que requiere este tipo de medición de presión.

6 Bibliografía

- Gonzaga Vargas, L. H., & Cobos Schrader, K. D. R. (2018). EFECTIVIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE PATOLOGÍAS HEMODINÁMICAS.
- Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J. M., Ferrándiz, A., García, X., ... & de Cuidados Intensivos, G. D. T. (2014). 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*, 38(3), 154-169.
- Solanellas Lax, E. (2020). Presión venosa central como parámetro estimador de las necesidades de fluidoterapia: revisión sistematizada

Capítulo 83

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CON CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICO-QUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

1 Introducción

Actualmente, sabemos que las várices en miembros inferiores es una patología vascular muy frecuente, que afecta al sistema venoso de los miembros inferiores y cuyo curso es evolutivo con gran tendencia a la cronicidad. Las varices son la principal manifestación de la insuficiencia venosa crónica. Esta patología puede verse influida por factores que determinen su aparición o evolución, entre los cuales podemos encontrar, la edad, pues es más frecuente su aparición entre los 30 y 60 años. Por otro lado, el sexo y la raza también son un factor importante, predomina en el sexo femenino a razón de 4:1, y la raza blanca se ve más afectada

que la raza negra. Además, existe una predisposición genética, pues el riesgo de desarrollar várices en hijos cuyos ambos padres desarrollaron esta patología llega a 90%.

La esclerosis es el método mínimamente invasivo más rápido y eficaz para la desaparición de las varices. La técnica permite eliminar el tronco venoso principal afecto (safena externa o interna) en una sola sesión en la mayoría de las veces.

El método con el catéter Clarivien, consiste en la inyección en la vena de un producto químico que la endurece y provoca su cierre y desaparición a través de un catéter que lleva incorporado un motor que hace que el este rote a gran velocidad.

Es una combinación mecánica y química.

2 Objetivos

- Exponer un protocolo de Enfermería para la cirugía ablación mecánico-química de la vena safena con el catéter clariven.
- Definir las pautas de actuación necesarias para garantizar la seguridad del paciente en el periodo intraoperatorio de la cirugía ablación mecánico-química de la vena safena con el catéter clariven.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google académico, utilizando las palabras claves: ablación mecánico-química de la vena safena, varices, enfermería, protocolo, obtenidos de los Descriptores de Ciencias de la Salud, la búsqueda se realizó utilizando el operador booleano and.

Para la confección del protocolo se utilizó la plantilla de procedimientos específica dictada por el Servicio de Salud del principado de Asturias, que consta de los siguientes apartados.

4 Resultados

Es necesario:

Equipo quirúrgico.

Recursos materiales y normas de protección.

Material textil:

- Equipo universal.

Instrumental:

- Caja de ambulatorio (solo se usa si el acceso a la vena mediante punción con ecógrafo no es posible).

Suturas:

- Ligaduras de premilene de 2/0 y 3/0 poliamida de 4/0 (solo se usan si hay que abrir piel para el acceso a la vena).

Otros materiales:

- Guantes estériles.
- Clorhexidina acuosa.
- Gel conductor estéril.
- Kit de punción.
- Jeringa de 5 ml.
- Jeringa de 10 ml.
- Aguja subcutánea.
- Apósito pequeño.
- Funda del ecógrafo.
- Venda elástica de crepé.
- Hoja de bisturí del N.º 11(solo si abren).
- Suero salino para purgar y lavar.
- Kit de Clarivein.

Aparatos y accesorios:

- Ecógrafo de cirugía vascular.

Medicación:

- Mepivacaína al 1 %.
- Etoxiesclerol 20 mg/ml.

Información y preparación al paciente.

Recepción del paciente.

El paciente llega al antequirófano acompañado del celador de la Unidad de CMA. El enfermero recibe al paciente y se presenta con nombre y cargo. Confirma su identidad y estado actual: ayunas, alergias, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas previas, presencia de prótesis, objetos metálicos, marcapasos o DAI. Igualmente, se le pregunta si es conocedor de la intervención quirúrgica programada. Se confirmará siempre la lateralidad de la pierna. Este tipo de intervenciones se realizan con anestesia local.

Técnica de realización.

Colocación del Paciente:

Se solicita al celador del Área Quirúrgica el traslado del paciente al quirófano.

Se coloca de pie en un alza alado de la mesa quirúrgica para que el cirujano vascular le realice una ecografía, marque el recorrido de la vena y la posible zona de punción. Para ello se prepara encima del ecógrafo un bote con marcadores (sirven los capuchones de las agujas o de los equipos de suero), un rotulador negro permanente, un bote de gel conductor y un paquete de compresas para limpiar el gel.

A continuación se le acomoda en posición decúbito supino o prono (dependiendo de la vena a abordar), procurando que se encuentre lo más cómodo posible, se le indica que flexione ligeramente la pierna a intervenir con la planta del pie mirando hacia dentro (si la posición es supina) y el cirujano aplica clorhexidina acuosa en spray. Se le tranquiliza y se explican las actividades a realizar: monitorización completa y canalización de vía venosa periférica con catéter endovenoso del calibre 22 y suero salino de 250 ml para mantenimiento de la vía venosa.

Tiempos de la intervención:

El cirujano e instrumentista colocan el campo estéril y ofrecen la funda abierta para que la circulante introduzca el gel conductor en el fondo seguido de la sonda del ecógrafo. El cable de la sonda se fija al campo estéril con el velcro del equipo universal.

El cirujano aplica anestésico local en la zona de punción (jeringa de 10 ml con aguja subcutánea y 1 ampolla de mepivacaína 1 %) y canaliza la vena con la aguja verde del kit poniendo el bisel hacia arriba con ayuda del ecógrafo. Una vez que refluye sangre (en este paso tenemos que fijarnos en la aguja y avisarle cuando refluya la sangre, puesto que el cirujano está mirando la pantalla del ecógrafo y puede no percatarse) introduce la guía metálica por la parte menos rígida y si esta se introduce bien pediremos el kit del Clarivein; al tiempo que se entrega el introductor al cirujano.

Preparamos el catéter Clarivein, para ello lo purgamos con una jeringa de 5 ml con suero salino colocando previamente la rosca que viene en el kit y preguntamos cuantas ampollas de etoxiesclerol de 20 mg/ml serán utilizadas (máximo de

4 por paciente). Una vez listo se lo entregamos al cirujano, el cual quita el fiador del introductor y mete el catéter. Cuando nos lo indique, conectamos la parte del motor al catéter (quitar plástico de contacto de las pilas) y enroscamos la jeringa que viene en el kit cargado con etoxiesclerol. El etoxiesclerol lo echa la enfermera rotante en uno de los huecos de la bandeja de plástico donde viene el catéter para que lo carguemos de dos en dos ampollas.

A indicación del cirujano activaremos el botón azul del dispositivo iniciando la rotación de la punta del catéter y una vez comprobado que está en el sitio correcto

comenzamos a introducir el etoxiesclerol presionado el émbolo de la jeringa a la vez que el botón azul y retirando lentamente el catéter hasta finalizar el recorrido, manteniéndolo estirado.

Finalmente, se desinfecta la zona de punción con clorhexidina y se coloca un apósito pequeño. Se venda la pierna intervenida con vendaje compresivo isquipédico.

- Observaciones:

Registros.

Documentación intraoperatoria: Segment Group,

Vista Interactiva: Catéteres, Heridas-Drenajes, Dispositivos de Inmovilización si procede.

Formularios: Valoración de Enfermería en quirófano.

Indicaciones.

Agenda de cuidados.

Registro de medicación.

Cuidados del material.

Recuento, recogida y envío del instrumental a la Central de Esterilización para su procesamiento si lo hubiere.

Recogida de materiales textil, desechable y punzante según procedimiento habitual sacar la pila del kit del clariven para su correcta eliminación antes de echarlo al contenedor amarillo.

Recogida y colocación de los aparatos y accesorios.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, la utilización de protocolos se ha convertido en un indicador de calidad asistencial; por ser una herramienta de trabajo que disminuye la variabilidad de la práctica enfermera. Es un referente imprescindible para los/as enfermeros/as de nueva incorporación y optimiza los recursos utilizados.

La implantación del protocolo de Enfermería para la cirugía de ablación mecánico-química de la vena safena con el catéter clariven facilita el cumplimiento de las pautas de actuación, garantizando la seguridad de paciente.

Disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería:

Disminuye la variabilidad de la práctica enfermera.

Aumenta la calidad de los cuidados dispensados.

Es una eficaz herramienta de trabajo para los enfermeros-as de nueva incorporación.

A través de la información y educación para la salud se potencia la promoción del autocuidado, aportando seguridad al paciente durante su recuperación en el domicilio.

6 Bibliografía

1. Thierens N, Holewijn S, Vissers WH, Werson DA, de Vries JPP, Reijnen MM. Five-year outcomes of mechano-chemical ablation of primary great saphenous vein incompetence. *Phlebology*. 2019Jul 10:268355519861464.
2. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario La Ribera, Alzira, Valencia, España Serie de ecografía intervencionista: Intervencionismo venoso guiado por ecografía 18 October 2020.
3. L. Reina Gutiérrez, J.L. Fernández Solares Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, Madrid, España Ablación mecánico-química de la vena safena con el catéter ClariVein® (MOCA): aspectos técnicos y revisión de la literatura 28 Noviembre 2017.
4. Sánchez-Beorlegui J, Arribas-Cerezo Á, Adanero-Calvo I, Aspíroz-Sancho A, Lamata ÓL, Lamata-Hernández F Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa en el territorio de la vena safena externa Julio 2018.

Capítulo 84

EFICACIA DEL APOYO CONTINUO DURANTE EL PARTO COMO MEDIDA ANALGÉSICA

LAURA SIERRA ÁLVAREZ

1 Introducción

Las contracciones durante el trabajo de parto suelen percibirse por la mayoría de mujeres como dolorosas de una gran intensidad por lo que en las últimas décadas se han desarrollado y estudiado distintos métodos de alivio del dolor. (1)

Sin embargo, aunque la medida analgésica más utilizada actualmente sigue siendo la epidural, al tratarse de una técnica invasiva farmacológica, esta no está exenta de riesgos y contraindicaciones, por lo que los profesionales sanitarios deben conocer distintas formas no farmacológicas para manejo del dolor durante el trabajo de parto. (1)

Además, la atención al parto en España cada vez se aleja más de la medicalización, surgiendo otras muchas formas de atención al parto acercándose a la fisiología. Algunas mujeres quieren vivir su parto de una forma consciente y fisiológica llegando a elegir otros modelos de atención alejados de los hospitales, pero liderados por matronas especializadas como pueden ser el parto en casa o en casa de partos asociadas tanto públicas como privadas.

Así, el movimiento de humanización de la asistencia al parto a nivel mundial influye en la busca de estas medidas, pues promover alivio al dolor durante el parto está íntimamente relacionado con la garantía de seguridad a la parturienta en la vivencia del proceso doloroso, y consecuentemente con un parto saludable. (2)

Una de las medidas no farmacológicas consiste en el apoyo continuo por parte de un profesional especializado o por parte de un acompañante que elija la gestante, el cual ha demostrado tener múltiples beneficios tanto en el manejo del dolor como en los resultados obstétricos.

2 Objetivos

- Dar a conocer la eficacia del apoyo continuo durante el parto de parte de un profesional especializado.
- Dar a conocer los beneficios en la gestante del apoyo continuo durante el parto.
- Explicar los motivos por los que no es posible este apoyo continuo durante el parto en algunos centros.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente hasta la fecha. 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, seleccionando aquellas a partir del año 2018 hasta la actualidad.

4 Resultados

Durante el proceso del parto la gestante puede obtener varios tipos de apoyo, por un lado el profesional que vendría del profesional que esté asistiendo su proceso, normalmente la matrona, y el de un acompañante, su pareja o un familiar.

El apoyo continuo durante el parto de forma personalizada por parte de los profesionales consta de 4 características básicas:

- Apoyo informativo: Consiste en informar tanto a la gestante como a su acompañante durante todo el proceso con términos comprensibles adaptados al nivel cultural de las personas.
- Apoyo físico o tangible: Consiste en ofrecer medidas que contribuyan al bienestar y comodidad de la mujer.
- Apoyo emocional: Asistencia continua durante todo el proceso de forma empática intentando comprender sus emociones y paliando sus miedos.

- **Representación:** Se basa en ayudar a la mujer a expresar sus decisiones y deseos a todo el equipo asistencial.

El apoyo continuo por parte de los profesionales que asisten el parto está relacionado con mayores probabilidades de un parto vaginal espontáneo, menor duración del parto, menor tasa de cesáreas y de partos instrumentales y reduce los sentimientos negativos hacia el parto por parte de la gestante. (1)

Es importante recalcar que para que una matrona pueda ofrecer apoyo continuo a la gestante durante todo el parto se debe disponer de tiempo y cargar de trabajo adecuada, las guías recomiendan el “cuidado una a una” es decir, que haya disponibilidad de una matrona para una paciente no teniendo que estar atendiendo dos partos a la vez, pero para que esta condición se dé, se deberían aumentar los recursos humanos en todos los paritorios. La evidencia científica demuestra, que las mujeres que reciben el apoyo continuo de una matrona durante el trabajo de parto tienen mayor probabilidad de desarrollar un parto vaginal espontáneo, se reduce el porcentaje de uso de analgesia epidural, parto instrumentado o una cesárea. (3)

Aun así, no debemos olvidar que la protagonista es la propia embarazada que es el sujeto activo que va a parir, la matrona no “hace el parto” si no que lo asiste y acompaña trabajando con ella las incertidumbres o miedos que puedan surgir, aportando seguridad y confianza, valorando el inicio y desarrollo del parto, vigilando el bienestar fetal, facilitando los movimientos maternos, prestando apoyo emocional, respondiendo las dudas y dando ánimos, limitando sus intervenciones a lo estrictamente necesario, informando, ofreciendo alternativas y contando siempre con el consentimiento de la mujer.

En cuanto al acompañante que debe estar con la madre en el paritorio, aunque no en todos los casos será así, en la mayoría de estudios se considera al padre como el acompañante ideal para la mujer a lo largo de todo este proceso del embarazo, parto y puerperio, por la relación emocional que tiene con la mujer, por la relación emocional que puede ir estableciendo con su hijo y por la mejora de adopción del rol de padre. (3)

Un buen apoyo durante el trabajo de parto está relacionado con una menor tasa de instrumentación de apoyo, así como menor tasa de cesáreas y del tiempo en el que se desarrolla el trabajo del parto. Además, reduce la necesidad de utilizar oxitocina sintética y se mejora la puntuación en el test de Apgar del neonato. Lo que implica una mayor satisfacción materna, reduciendo la incidencia de las depresiones postparto, favoreciendo los sentimientos positivos hacia el parto por parte de la madre, lo que a su vez repercute en un mayor éxito de la lactancia materna y el interés de la madre por mantenerla. (1)

Además, el acompañamiento del padre durante todo el embarazo conlleva numerosos elementos positivos a la tríada familiar:

- Fomenta el vínculo desde el embarazo.
- En la mujer mejoran la ansiedad y el autocontrol.
- Menor probabilidad de depresión posparto.
- Mayor satisfacción de la gestante y su pareja. (4)

En cuanto al acompañamiento durante las cesáreas, en los últimos tiempos, se está implantando en muchos hospitales el acompañamiento durante las cesáreas programadas, aunque algunos profesionales no están de acuerdo ya que consideran que en una intervención quirúrgica pueden surgir problemas en los que un acompañante puede alarmarse o incluso, estorbar el trabajo de los profesionales sanitarios. En cesáreas urgentes o emergentes se hace muy difícil permitir la entrada de acompañantes al quirófano por la rapidez en la que se debe producir la intervención, aunque en estos casos, el acompañamiento de la matrona juega un papel fundamental en la tranquilización de la paciente que suele presentar mucha ansiedad ante el repentino acontecimiento. (4)

Entre los beneficios del acompañamiento durante una cesárea encontramos mayor autoestima para la madre, mejor valoración de la experiencia mejora la unidad entre los miembros de la unidad familiar, disminuye la ansiedad durante la intervención y mayor implicación del padre en el nacimiento por cesárea. (4)

5 Discusión-Conclusión

El apoyo por parte de un profesional especializado, como es la matrona, durante el parto no sólo es una gran medida analgésica para paliar el dolor de las contracciones sino que tiene muchos beneficios obstétricos como una menor duración del parto y más probabilidades de parto vaginal lo que repercute muy positivamente en la morbilidad neonatal y materna.

Sin embargo, este apoyo personalizado no siempre es posible puesto que los ratios de matrona-gestante a menudo no son 1-1, sino que una misma matrona tiene que hacer simultáneamente varias labores impidiéndole la carga asistencial el prestar todo su tiempo a una única gestante, por este motivo los recursos humanos deberían aumentarse en la mayoría de hospitales.

Por otra parte, el acompañamiento de un familiar debe ser un derecho de la gestante y en la medida de lo posible se debe garantizar incluso en cesáreas.

6 Bibliografía

1. Toro S. El dolor durante el parto, su control mediante anestesia y analgesia, sus efectos adversos y otros métodos analgésicos alternativos. NPunto. 2021; 4 (40):4-19.
2. Velázquez-Barrios, M. Díaz-Jiménez, D. José Reina-Caro, A. Alternativas para el manejo del dolor intraparto. SANUM.2020; 4(2) 38-45.
3. Sanabria EE, Efraín E, Órtiz MC, Chávez NE, Paggi G, Ventura FS, Geraldine Z. Terapia de balón para manejo del dolor y sus efectos en el parto. Alerta. 2022;5(1):57-63.
4. Ramírez H, Rodríguez I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Matronas Prof. 2014; 15(4):1-6.

Capítulo 85

ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO

LAURA SIERRA ÁLVAREZ

1 Introducción

El parto puede definirse como el final del periodo de la gestación por el cual se expulsa al feto al exterior pudiendo iniciar la vida fuera del útero con posterior salida de los añejos fetales. Se divide en varias fases: la dilatación en la que el cuello se va borrando y abriendo, el expulsivo que va desde la dilatación completa hasta la salida del feto al exterior y el alumbramiento que es la salida de la placenta.

Las contracciones durante el trabajo de parto suelen percibirse por la mayoría de mujeres como dolorosas de una gran intensidad por lo que en las últimas décadas se han desarrollado y estudiado distintos métodos de alivio del dolor. (1)

Aunque la epidural sigue siendo el más utilizado, no está libre de riesgos y contraindicaciones por lo que los profesionales sanitarios deben conocer y ofrecer otras medidas no farmacológicas de alivio del dolor. (1)

La esferodinamia, es un ejercicio que estira y relaja los músculos pélvicos al usar una pelota suiza que proporciona una superficie suave para que las mujeres se sienten o se apoyen, mientras realizan ejercicios sencillos, que, al ser incorporada al trabajo de parto, reduce la duración de su primera fase y disminuye el dolor. En este trabajo encontraremos los múltiples beneficios que ofrece este método en relación a su uso durante el parto. (2)

2 Objetivos

- Conocer los beneficios del uso de la esferodinamia durante el trabajo de parto según la evidencia científica disponible.
- Dar a conocer la esferodinamia como método de alivio del dolor en el parto entre los profesionales sanitarios para que puedan utilizarlos con el fin de mejorar la asistencia hacia las gestantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en bases de datos como Pubmed, Medline, Cuiden y Cochrane. Se seleccionaron artículos comprendidos entre el año 2018-2023.

4 Resultados

La esferodinamia, consiste en realizar ejercicios de movilidad pélvica usando una pelota de pilates que debe ser de un tamaño adecuado al tamaño de la mujer de modo que quede sentada con las rodillas flexionadas y los pies apoyados en el suelo.

Aunque la esferodinamia se introdujo para el tratamiento del neurodesarrollo, fue en 1980 cuando comenzó a utilizarse en obstetricia, en Alemania. (2)

Sus beneficios se relacionan con la libertad de movimiento, la posición vertical y el balanceo pélvico lo cual mejora el nivel del flujo útero-placentario, mejora la actividad uterina y ayuda a un mejor mecanismo del parto con una reducción del dolor asociada. (1)

Además, la utilización de una pelota favorece la libertad de movimientos y el cambio de posturas, lo cual ha demostrado que no sólo reduce el dolor si no que tiene una gran importancia en los mecanismos que tienen lugar durante el parto ya que facilita la movilidad de la pelvis y el descenso de la presentación fetal y mejora la dinámica uterina, acortando el tiempo de parto y obteniéndose mejores resultados neonatales. (3)

Los beneficios generales en cuanto a su uso durante el parto son los siguientes:

- Corrección postural.
- Relajación de la musculatura.
- Permite el libre movimiento y cambio de posiciones.
- Participación activa de la madre en el proceso del parto.

- Los movimientos pélvicos ligeros permiten la expansión de la pelvis, ayudando al descenso de la presentación fetal a través del canal de parto.
- Beneficios psicológicos en la madre.
- Disminución del dolor percibido por la gestante.
- Menor demanda de analgesia epidural.
- Puede utilizarse junto con otros métodos de alivio del dolor como aplicación de calor local en zona lumbar.
- Bajo coste, lo que lo convierte en un mecanismo de alivio del dolor muy eficiente.

(2)

Estas pelotas se utilizan como plataforma inestable para activar los músculos que se encargan de la posición, los cuales son muy importantes durante el proceso del parto y el embarazo ya que ayudan a disminuir el dolor lumbar. Al sentarse en esta pelota se hace una fuerza gravitatoria contraria a la propia gravedad, haciendo de soporte para el suelo pélvico y permitiendo realizar multitud de movimientos pélvicos de una manera relajada, permitiendo colocar las piernas en una posición adecuada para abrir el canal del parto. (3)

En cuanto al manejo del dolor existen mecanismos fisiológicos que explican cómo la esferodinamia reduce el dolor de parto. Uno de estos es la teoría de la compuerta, que consiste en aplicar estímulos no dolorosos en las áreas de dolor, para bloquear los estímulos nociceptivos a la médula espinal. También se sugiere que estar sentada en posición vertical disminuye la presión sobre los nervios que rodean la articulación iliosacra, generando menos dolor. Además, este ejercicio promueve comodidad y relajación, permitiendo que la paciente desarrolle confianza para manejar el dolor y que perciba la experiencia del parto de forma positiva. (3)

Además, la esferodinamia estimula la producción de β -endorfina, hormona que crea un efecto de relajación, ayudando a disminuir el dolor del trabajo de parto, que, a su vez, puede inhibir la producción de adrenalina, disminuyendo así los estímulos de ansiedad transmitidos al cerebro. (3)

Por último, es importante señalar que hay multitud posturas que pueden utilizarse durante el trabajo de parto utilizando la pelota y cada una tiene unos beneficios y van a tener distintos efectos positivos, aunque debe ser la propia mujer la que elija libremente la posición que más cómoda le parezca y vaya cambiando, mientras que los profesionales debemos animarla a que se deje llevar mediante el libre movimiento.

5 Discusión-Conclusión

La esferodinamia es una gran medida de alivio del dolor en el proceso del parto puesto que ha demostrado aliviar el dolor de manera eficaz, no es un método invasivo por lo que no tiene apenas contraindicaciones ni riesgos y puede usarse junto a otras medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas de alivio del dolor.

Además, es una medida de bajo coste para el sistema de salud por lo que su implantación en todos los hospitales es muy sencilla, ya que no necesita de ninguna instalación por lo que todos los centros en los que se asistan partos deberían contar con esta medida.

También sería interesante que todos los profesionales que van a acompañar a la gestante durante la labor de parto estén formados en cómo utilizar la esferodinamia para poder enseñar a las gestantes y ofrecer esta medida para aliviar su dolor.

6 Bibliografía

1. Toro S. El dolor durante el parto, su control mediante anestesia y analgesia, sus efectos adversos y otros métodos analgésicos alternativos. NPunto. 2021; 4 (40):4-19.
2. Sanabria EE, Efraín E, Órtiz MC, Chávez NE, Paggi G, Ventura FS, Geraldine Z. Terapia de balón para manejo del dolor y sus efectos en el parto. Alerta. 2022;5(1):57-63.
3. Crespo-Antepara DN. Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. Pol. Con.2019; 4(12): 3-21.

Capítulo 86

HIPERTERMIA ENFOCADA A LA ENFERMERÍA

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MERCEDES MEGIA CAMACHO

1 Introducción

Para conocer más sobre la hipertermia en primer lugar debemos definirla. Hipertermia es el aumento de la temperatura corporal interna superior o igual a 39,5 grados centígrados (°C) debido a un fallo de los mecanismos de disipación de calor o a una mayor producción de este, sin que se produzca un ajuste del centro termorregulador. No debemos confundirlo con la fiebre, que es un aumento de la temperatura corporal, pero sí se produce un ajuste del centro termorregulador a un nivel superior, conservando los mecanismos fisiológicos de regulación de la temperatura.

Una vez conocemos este concepto, la enfermería debe conocer cómo se produce, cuál es su tratamiento y cómo podemos prevenirla, ya que con acciones muy sencillas podemos llegar a disminuir la subida tan rápida de temperatura.

Para conocer aún más el concepto de hipertermia es fundamental conocer los signos y síntomas para poder detectarla a tiempo, y estos son los siguientes:

Temperatura mayor o igual a 39,5 °C.
Dolor de cabeza.
Vómitos.
Mareos.
Escalofríos.
Piel seca y enrojecida.
Calambres musculares en brazos, piernas o vientre.
No sudoración ante las temperaturas altas.
Sensación de boca seca y pastosa.
Desorientación y pérdida de conciencia.
Pulso rápido pero débil.
Debilidad y cansancio.
Respiración rápida y profunda.

2 Objetivos

1. Enumerar las distintas formas clínicas en las que puede presentarse la hipermia.
2. Analizar las intervenciones de Enfermería frente a un caso con hipertermia.
3. Definir el tratamiento de las formas más destacadas de hipertermia y la prevención del golpe de calor.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda de información en distintas bases de datos científicas como: PubMed, Scielo, Google Académico, etc. Además, se han revisado revistas científicas donde aparecen artículos relacionados con la hipertermia y su actuación de enfermería.

4 Resultados

Formas clínicas de presentación:

Forma clásica: La hipertermia clásica ocurre cuando la temperatura del aire es superior a 35 °C durante un largo período de tiempo. Se da sobre todo en niños pequeños, personas mayores, personas con insuficiencia cardíaca y en pacientes que utilizan fármacos diuréticos, anticolinérgicos o betabloqueantes.

Hipertermia por esfuerzo: Puede aparecer cuando una persona se somete a un esfuerzo físico muy grande en un ambiente húmedo y caluroso, sin la ingesta adecuada de líquidos. El golpe de calor es muy peligroso, ya que aparece de repente.

Hipertermia por deshidratación: Aparece cuando se produce una disminución de la producción de sudor y una vasoconstricción, esto produce una menor pérdida de calor de que se debería perder.

Hipertermia por síndrome de abstinencia alcohólica.

Hipertermia por reacciones farmacológicas indeseables: Una administración de gases anestésicos fluorados, como el halotano o suxametonio pueden desembocar en una hipertermia maligna; también una ingesta excesiva de haloperidol puede causar el síndrome neuroléptico maligno.

Hipertermia por intoxicaciones: Originado por el consumo de sustancias con actividad simpaticomimética o serotoninérgica.

Hipertermia por daño hipotalámico: Esto es a consecuencia de accidentes cerebrovasculares, se produce daño en el hipotálamo donde se encuentra el centro termorregulador.

Hipertermia por alteraciones hormonales: La hipertermia severa puede estar producida por hiperparatiroidismo y feocromocitoma; y una moderada elevación de temperatura por hipofunción de las glándulas suprarrenales, hipoglucemia e hiperparatiroidismo.

Intervenciones de enfermería:

Cuidados generales al paciente con fiebre:

- Tener en cuenta que la fiebre, antes de ser tratada, debe ser previamente estudiada para averiguar cuál es su etiopatogenia.
- Valorar los dispositivos intravasculares, las sondas y los drenajes que porte el paciente para descartar el posible foco de origen.
- Valorar heridas, excretas y secreciones para colaborar en el diagnóstico médico.
- Mantener un ambiente tranquilo, fresco y ventilado, si es posible.
- Mantener la piel limpia y seca, y las mucosas húmedas.
- Administrar una dieta hipercalórica para cubrir el aumento de las demandas metabólicas, si no existe contraindicación.
- Prevenir la deshidratación aumentando la ingesta de líquidos, si no existe contraindicación.
- Medir los signos vitales, al menos, una vez por turno.
- Medir la temperatura cuantas veces sea necesario, hasta que con las medidas que se apliquen, se alcancen límites normales.

Cuidados específicos según el grado de temperatura:

Dependiendo del rango de temperatura hay unos cuidados específicos que se suman a los generales anteriormente descritos:

Cuidados en la febrícula (37,1 °C - 37,9 °C) Hacer un seguimiento y ver su evolución, puesto que en la mayoría de los casos no está motivada por una causa patológica y es autolimitada.

Cuidados en la fiebre (38° C – 39,9 °C).

1. Realizar el enfriamiento de la superficie de la piel, dejando al paciente con la menor cantidad de ropa posible, siendo esta holgada para favorecer la sudoración.
2. Realizar las pruebas complementarias establecidas en cada Unidad, por los facultativos, en caso de fiebre.
3. Aplicar medios físicos.
4. Administrar fármacos prescritos para el control de la fiebre.
5. Avisar al médico de alerta, si no existen pautas de actuación escritas en el tratamiento.

Cuidados en la hipertermia propiamente dicha ($\geq 40^{\circ}\text{C}$).

- Avisar al médico de alerta, aunque existan pautas de actuación escritas en el tratamiento.
- Asegurar una vía venosa permeable y una vía aérea, cuando sea necesario.
- Controlar frecuentemente los signos vitales.
- Realizar los mismos cuidados que en el caso de fiebre, prestando especial atención a la aparición de complicaciones.

Procedimiento de aplicación de medios físicos. Precauciones:

- Identificación del paciente.
- Asegurarse que el paciente tiene fiebre.
- No poner hielo sobre la piel.
- En enfermos con trastornos circulatorios, valorar la conveniencia de la aplicación de frío.
- Valorar la tolerancia habitual al frío del paciente.

Tratamiento y prevención:

El tratamiento de la hipertermia va a ser distinto en función del factor causante de esta, por lo que nos vamos a encontrar diferentes cuadros clínicos de hipertermia con variaciones entre los tratamientos.

Síndrome neuroléptico maligno (SNM):

El SNM es una reacción adversa a la administración de drogas como el haloperidol. Por lo que el planteamiento del tratamiento se basará en:

- Retirada inmediata del fármaco o droga desencadenante de la reacción.
- Vigilar y corregir alteraciones hidroelectrolíticas en el caso de que las hubiera.
- Oxigenoterapia si precisa.

- Administración de fármacos:

- Agonistas dopaminérgicos.
- Benzodiacepinas: disminución de agitación psicomotriz.
- Dantroleno: actúa como relajante muscular reduciendo la liberación de calcio.

Síndrome serotoninérgico (SS):

Se caracteriza por un aumento de la actividad en el SNC tras la administración de fármacos serotoninérgicos (aumento de dosis, administración de varios fármacos al mismo tiempo, etc.).

El tratamiento en el SS va a ser muy parecido al del SNM, sin embargo, en este caso no se usa dantroleno sino antagonistas del receptor 5-HT_{2A} como la trazodona.

Síndrome de hipertermia maligna:

Ocasionado por una reacción adversa a la administración de fármacos anestésicos y relajantes musculares.

El tratamiento consiste en:

- Retirada inmediata del fármaco desencadenante.
- Monitorización hemodinámica.
- Vigilancia y corrección de alteraciones hidroelectrolíticas.
- Oxigenoterapia.
- Dantroleno.

Golpe de calor:

Ocasionado por un aumento elevado del calor en el cuerpo, normalmente por exposición prolongada a temperaturas muy elevadas.

El tratamiento va a consistir en:

1. Disminución de la temperatura corporal.

- Uso de hielo y compresas frías.
- Baños en agua fría.
- Exposición a corrientes de aire.

2. Tratamiento de las complicaciones.

Prevención del golpe de calor:

- Utilizar ropa adecuada respecto al clima, ya que el cuerpo para regular su temperatura necesita sudar cuando hace calor y el uso de prendas ligeras permite la ventilación.
- Utilizar sombreros o gorras cuando hace sol.
- Beber muchos líquidos cuando hace calor para reponer el agua que se ha perdido. Evitar habitaciones o zonas demasiado calientes.
- La comida antes del ejercicio hace que el cuerpo esté más cansado y agotado.
- Utilizar protector solar para evitar quemaduras solares.

- Evitar la exposición prolongada al sol, para evitar la deshidratación y agotamiento.
- Evitar la cafeína, el alcohol y la nicotina, ayuda a prevenir la hipertermia.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la hipertermia es la elevación de la temperatura corporal por encima de sus valores normales; respondiendo a una superación de la capacidad de pérdida de calor del organismo sin cambios en el equilibrio del centro regulador. Teniendo como signos y síntomas más frecuentes la temperatura mayor o igual a 39,5 y el dolor de cabeza que manteniendo unos cuidados especializados en el paciente pueden remitir.

Para la enfermería es de vital importancia conocer la hipertermia, ya que a veces sus signos y síntomas pueden estar enmascarados con otras patologías, lo que dificulta su diagnóstico.

Además, conocer como podemos prevenir el golpe de calor es fundamental para realizar una buena educación para la salud, enseñando a la población que pueden hacer para evitarlo.

6 Bibliografía

1. Vista do Calor, exercício físico e hipertermia: [Internet]. Periodicos.unifesp.br. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8751/6285>.
2. Interna M, MIBE M, emergencia P. Hipertermia [Internet]. Empendium.com. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.III.23.18>.
3. ¿Sabes detectar los síntomas de la hipertermia? [Internet]. infosalus.com. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-sabes-detectar-sintomas-hipertermia-20150624115425.html>.
4. Lascano López S. Sistema de control y monitoreo para la prevención de hipertermia y deshidratación en las personas que realizan actividad física [Internet]. Repositorio.uta.edu.ec. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/25518>.
5. Golpe de calor: Primeros auxilios y cómo actuar [Internet]. Vittal. 2020 [citado el 23 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.vittal.com.ar/golpe-de-calor/>.

6. Monte A., Resop D., Hayward A., Boyer E. Diagnóstico y tratamiento del síndrome serotoninérgico. SIIC. 2010.
- Escobar D. J. Hipertermia maligna. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22(3): 310-315.
6. Vargas A., Gómez-Restrepo C. Síndrome neuroléptico maligno. Rev. Colomb. 2007; 36(1): 101-125.
7. Cevallos Tapia E.J., Beltrán Parreño K.S., FLorez Echeverría M.A., Soto Viera P.S. Manejo de la Hipertermia Maligna. ReciMundo. 2020; 4(1): 268-278.
8. Enciso Nano J. Revisión bibliográfica actualizada de la Hipertermia Maligna. Horizonte Médico. 2007; 7(1): 47-55.

Capítulo 87

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

1 Introducción

Actualmente, la salud mental es un tema que está a la orden del día, en las redes sociales, en la radio, en la televisión y en todas partes escuchamos hablar de salud mental y su importancia.

Hace no muchos años el concepto de salud mental no existía, y el paciente de psiquiatría era alguien abandonado a su suerte y encerrado en los sanatorios mentales, perdiendo su autonomía, derechos y siendo relegado de la sociedad.

Hoy, gracias al avance y los numerosos conocimientos que hemos ido adquiriendo sobre enfermedades psiquiátricas y sus tratamientos y, en definitiva, al desarrollo de la medicina moderna, la psiquiatría ha evolucionado como especialidad médica y sus pacientes cuentan con tratamientos y terapias que les permiten un desarrollo personal e integración en la sociedad, aunque aún queda

mucho camino por recorrer, pues el paciente de psiquiatría carga con un estigma que no se observa en otras especialidades u otros tipos de dolencia. Nadie cuestiona o ridiculiza el sufrimiento que tiene un paciente que se ha roto una pierna o alguien que está recibiendo tratamiento para un cáncer, sin embargo, muchas veces la sociedad discrimina y cuestiona el dolor que sufre alguien que tiene una enfermedad psiquiátrica.

En el presente texto se analizarán las funciones que cumple un celador en la planta de psiquiatría.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el área de psiquiatría.
- Desarrollar brevemente de qué trata cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en este servicio.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en psiquiatría, necesario para el correcto funcionamiento del servicio.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, 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”, “psiquiatría”, “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

El servicio de psiquiatría se compone de varias unidades o áreas, entre las que encontramos la unidad de agudos, para pacientes cuya patología se reagudiza o se descompensa y necesitan tratamiento más intensivo y vigilancia; unidades de media y larga estancia para pacientes que previsiblemente necesitarán un periodo largo de hospitalización; unidades específicas de conductas adictivas, de trastornos de la conducta alimentaria, área de psiquiatría infanto-juvenil, etc.

Entre las funciones que desarrolla el celador en la unidad de psiquiatría encontramos:

- El celador siempre se dirigirá a los pacientes de salud mental con respeto, entendiendo que al igual que el resto de pacientes de otras especialidades, son personas que están sufriendo una enfermedad.
- El celador se encarga de trasladar a los pacientes de psiquiatría, en silla de ruedas o en camilla, desde el área donde se encuentren, bien sea la planta de psiquiatría, unidad de agudos, etc., hasta las áreas o servicios donde sea necesario su traslado, como por ejemplo, a la zona de extracciones para realizarse una analítica de sangre o al servicio de radiología para realizarse una prueba de imagen.
- Será el celador quien transporte también toda la documentación necesaria relativa al paciente, como su historial clínico, documentos de consentimiento informado, informes de psiquiatría, etc.
- Los celadores del servicio de psiquiatría ayudarán a la inmovilización o contención de los pacientes cuando así les sea solicitado.
- El celador es el encargado de transportar y distribuir por la planta las cajas de farmacia pesada, como las cajas con bolsas de suero, etc.
- También es competencia del celador la recogida las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y su traslado a lavandería.
- Si fuera necesario trasladar una orden verbal o un recado, el celador la conducirá de forma eficiente al servicio o personal correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Aunque es cierto que la psiquiatría como especialidad médica ha evolucionado mucho dentro del paradigma de la medicina moderna, aún quedan grandes trechos como sociedad por recorrer en términos de respeto y estigma social del paciente de psiquiatría.

En los últimos años se han perfeccionado sustancialmente tratamientos y han aparecido nuevos fármacos para los pacientes de psiquiatría, lo que ha permitido

un gran desarrollo de esta rama de la medicina.

En el servicio de psiquiatría de un hospital trabajan gran cantidad de profesionales, entre los que encontramos facultativos especialistas de psiquiatría, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal de limpieza y mantenimiento, celadores, etc. El celador contribuye con su trabajo al correcto funcionamiento de este servicio.

6 Bibliografía

1. La importancia del celador en las unidades de salud mental - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 18, 2023, from <https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/>.
2. El celador en la unidad de psiquiatría. (n.d.). Retrieved July 18, 2023, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>.

Capítulo 88

EL MALTRATO EN EL ANCIANO

MARÍA FERNÁNDEZ MUÑIZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato en el anciano como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación dónde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana” (OMS, 2022).

Los tipos de maltrato que se pueden producir en las personas mayores son físicos, psicológicos, sexuales, financieros, las negligencias y el abandono.

El maltrato físico es provocado por un daño corporal o deterioro físico que conlleva una utilización de la violencia de manera intencionada.

El maltrato psicológico consiste en causar sentimientos de miedo o angustia de manera verbal o no verbal.

El maltrato sexual es producido por comportamientos, insinuaciones o acercamientos sexuales, que no son autorizados ni consentidos por la otra persona.

El maltrato financiero es el uso de manera fraudulenta y sin la autorización del propietario de sus bienes y recursos.

Por último, estaría la negligencia y el abandono llevado a cabo por la persona encargada del cuidado del anciano, negándose a procurarle los cuidados que precise en todo momento.

Según los datos aportados por la OMS en 2017, un 15,7% de personas mayores han sufrido algún tipo de maltrato, dicho porcentaje ha aumentado durante la pandemia sufrida a nivel mundial por el Covid-19 (OMS, 2022).

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo que pueden provocar que las personas mayores sufran malos tratos y describir las medidas necesarias para su prevención.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de manera sistemática y exhaustiva, utilizando para tal fin Guías y protocolos de actuación de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, así como de la página de la Organización Mundial de la Salud.

Los descriptores empleados para tal fin fueron: “Maltrato en el anciano”, “Tipos de maltrato” y “Prevención del maltrato”.

4 Resultados

Los factores de riesgo que provocan malos tratos en las personas mayores se pueden producir en el ámbito social-comunitario, en el ámbito relacional-domiciliario y en el ámbito institucional.

En ámbito social-comunitario los factores de riesgo son provocados por el aislamiento que pueden sufrir las personas mayores debido a una disminución de sus capacidades físicas o mentales provocadas por la edad y que conllevan una falta de apoyo a nivel social, todo ello apoyado por la idea preconcebida por la sociedad de que la vejez trae consigo personas frágiles, débiles y dependientes. En este ámbito las medidas de protección irían encaminadas a sensibilizar a la población mediante campañas informativas, programas educativos que fomenten las relaciones intergeneracionales, programas de detección de malos tratos, políticas específicas, así como medidas dirigidas a los cuidadores para evitar la sobrecarga y el síndrome del cuidador.

En el ámbito relacional-domiciliario los factores de riesgo a tener en cuenta son los relacionados con el anciano como son la viudedad, ser mujer, un deterioro cognitivo, dependencia, etc., en los relacionados con el cuidador nos encontraríamos con personas con trastornos psicológicos, sentimientos negativos, estrés, etc. y por último relacionados con la situación como son una mala relación previa, aislamiento social, carecer de ayuda o una historia previa de abusos familiares. En este ámbito la prevención debe ir encaminada a aportar recursos sociales cercanos a la vivienda, grupos de apoyo, así como impartirles la formación necesaria para llevar a cabo un cuidado adecuado.

En el ámbito institucional los factores de riesgo pueden darse sobre la persona mayor como son una situación de discapacidad o de dependencia, estar relacionados con el personal como es una falta de formación y a nivel de las instituciones una escasez de medios y la falta de formación continuada. En este ámbito las medidas de protección van dirigidas a la creación de actividades de ocio, fomentar la formación continuada, la creación de grupos de apoyo, etc.

5 Discusión-Conclusión

EL maltrato sufrido por personas mayores es un problema muy grave de salud pública y que afecta a un gran número de personas a nivel mundial, por lo tanto, cobra una vital importancia el papel de la prevención y de la concienciación de la sociedad. Es necesaria la implantación de programas y normas que eviten la situación que se está produciendo, así como un mayor control de las instituciones sobre la situación.

Es fundamental el papel que pueden desempeñar los servicios sanitarios mediante una detección precoz de los casos de desamparo, los cuales facilitaran la información a las instituciones pertinentes y aportaran los recursos necesarios para evitarlos con el fin de minimizar o incluso erradicar el problema.

6 Bibliografía

OMS 2022. Maltrato de las personas mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
Protocolo Sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores. Recuperado de https://www.astursalud.es/documents/35439/38472/LIBRO_PROTOCOLO_MALTRATO11.pdf/d946b743-7c82-2fc2-13f5-cc881539def1

Capítulo 89

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE LA REALIZACIÓN DE UNA PUNCIÓN LUMBAR

CELIA ARROYO MOLINA

NATALIA AMATE ESCABIAS

ALBA LÓPEZ MARTIN

BLANCA HERRERO ALCAIDE

LAURA VARGAS BEAMUD

1 Introducción

La punción lumbar (PL) con examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) es una herramienta importante de diagnóstico o tratamiento para una variedad de patologías neurológicas tanto infecciosas como no infecciosas.

Consiste en la extracción de líquido cefalorraquídeo de la columna vertebral a nivel lumbar mediante la punción con una aguja. Esta técnica debe realizarse en los espacios intervertebrales de L3-L4 o L4-L5 para evitar la penetración en la médula espinal.

Esta técnica está indicada para el diagnóstico de infecciones bacterianas, fúngicas y virales que afecten al sistema nervioso central tales como:

- Meningitis.

- Poliomiелitis.
- Encefalitis.
- Sífilis nerviosa.
- Hemorragias meníngeas.
- Como febril inexplicable.
- Neuropatías (difteria, diabetes).
- Enfermedades parasitarias (tripanosomiasis o toxoplasmosis).
- Compresión medular.
- Tumores cerebrales.
- Epilepsia.
- Síndrome de Guillain-Barré.
- Polineuripatía desmielinizante inflamatoria crónica.

A su vez, esta técnica también puede estar indicada para fines terapéuticos como:

- Alivio de la presión intracraneal.
- Anestesia espinal.
- Administración intratecal de antibióticos.
- Administración intratecal de quimioterapia.
- Inyección de medios de contraste para mielografía o cisternografía.

No existen contraindicaciones absolutas para la realización de la punción lumbar, pero se debe tener precaución en pacientes que presentes:

- Sospecha de absceso epidural espinal.
- Trombocitopenia y otras patologías de la coagulación.
- Terapia de anticoagulación activa.
- Pacientes con aumento de la presión intracraneal con riesgo de herniación de la masa cerebral.
- Pacientes con lesiones óseas y cutáneas de la región lumbar debido al riesgo de inoculación séptica.
- Pacientes con compresiones medulares agudas que presentan riesgo de agravación con esta técnica.

2 Objetivos

- Dar a conocer las complicaciones de la técnica de punción lumbar.
- Identificar el personal y material necesario para su realización.
- Exponer el procedimiento de la prueba

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

Esta técnica puede presentar diversas complicaciones, la más frecuente es la cefalea. La cefalea postpunción se desarrolla dentro de los 7 días posteriores a la realización de la prueba y suele desaparecer en torno a los 14 días después. Esta cefalea mejora en posición de decúbito y empeora con la bipedestación.

Personal

Para el desarrollo de esta prueba serán necesarios:

- Celador/a.
- Técnica/o de enfermería.
- Enfermera/o.
- Médica/o.

Material

- Volante de peticiones y etiquetas identificativas.
- Material del carro de curas: o Gasas estériles. o Povidona yodada o clorhexidina al 2%. o Guantes no estériles y estériles. o Tres paños estériles. o Tubos secos para muestras de líquido cefalorraquídeo. o Trócar de punción lumbar de los números 18, 20 y 22. o Gradilla. o Anestésico local sin adrenalina. o Apósito estéril. o Manómetro de medición de líquido cefalorraquídeo con llave de tres pasos. o Agujas intramusculares y subcutáneas. o Jeringas de 10 cm y 5 cm. o Mascarilla. o Contenedor para punzantes. o Bolsa para residuos.

Preparación del paciente

La preparación del paciente requiere los siguientes procedimientos.

- Identificación del paciente al que le vamos a realizar la prueba.
- Informar del procedimiento a realizar.
- Informar al paciente de que puede sentir cierto dolor durante la realización de la prueba e incluso calambres.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.

- Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente.
- Firma del consentimiento informado.
- Asegurar de posibles alergias a anestésicos.
- Comprobar que el paciente no se encuentra con anticoagulación activa.
- Higiene de manos.

Procedimiento

• Colocación del paciente: o Posicionar la cama en posición horizontal y a la altura correcta para la persona que va a realizar la punción. o Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho, al borde de la cama y en posición fetal. o Comprobar que la posición no dificulta la ventilación del paciente. o Si la colocación del paciente es en sedestación, el paciente debe redondear la espalda encorvándose sobre una almohada. o Una u otra posición dependerá de los fines de la técnica.

• Realización de la punción. Prueba que debe realizarse con los máximos grados de asepsia. o Lavado de manos. o Preparación del campo estéril. o Desinfección de la zona de punción con antisépticos, realizando movimientos circulares desde dentro hacia fuera. Dejar secar 3 minutos. o Colaborar con la médica en la técnica: proporcionar el material necesario, medir la presión intracraneal conectando el manómetro, sujetar tubos de muestras del LCR. o Observar si se presenta alguna reacción adversa tal como palidez, sudoración fría, cambios en el nivel de conciencia u hormigueo. o Una vez retirado el trocar aplicar presión directa sobre la zona y colocación de un apósito estéril. o Valorar signos vitales. o Realizar una glucemia capilar. o Recoger el material. o Realización de higiene de manos. o Etiquetado de tubos. o Informar al paciente sobre la posibilidad de padecer cefalea. Envío de muestras

• Los tubos de muestra de líquido cefalorraquídeo son tubos secos con un volumen de 2-3 ml. Estos se enumeran según ha sido el orden de recogida de la muestra.

• El orden de envío de las muestras será: bacteriología, anatomía patológica y/o laboratorio externo.

• El primer tubo no se enviará nunca a bioquímica ya que puede contener restos de sangre procedentes del pinchazo.

• En caso de retraso en el envío de las muestras, deben permanecer a una temperatura de entre 2° y 5° C.

Cuidados post-punción

- El paciente deberá permanecer en decúbito prono durante al menos dos horas, sobre un plano horizontal, y de 8 a 10 horas en decúbito supino.
- Vigilar la zona de punción por posible aparición de sangrado.
- Vigilar las constantes vitales cada 8 horas en las primeras 24 horas.
- Comenzar la tolerancia oral tras la punción, aumentando progresivamente la ingesta de líquidos para minimizar los riesgos de aparición de cefalea.

5 Discusión-Conclusión

La punción lumbar (PL) con examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) es una herramienta importante de diagnóstico o tratamiento para una variedad de patologías neurológicas tanto infecciosas como no infecciosas. Esta debe ser una técnica estéril en la que son necesarios varios elementos mencionados anteriormente. Además, requiere la presencia de los profesionales de enfermería. Existen una serie indicación y contraindicaciones para la realización de esta prueba, además de la posibilidad de aparición de posibles complicaciones post realización de la prueba. Es por ello la necesidad del conocimiento adecuado de la realización de la técnica por parte de los profesionales, además de conocer los cuidados post realización que se deben tener.

6 Bibliografía

1. Punción lumbar: Técnica, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones en adultos - Al Día [Internet]. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://n9.cl/f4d4q>
2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES: (continuación). [cited 2022 Oct 14]; Available from: <http://www.jbiconnect.org/acutecare/docs/jbi/cis/connect-gen-user->
3. Área de Enfermería. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Protocolos. 2009. Consultado Marzo 2014. Disponible: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/187cf7ed62e33f0c26adb4007c912e22.pdf>
4. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 2010. (Consultado Marzo 2014). Disponible: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd8_colaboracion_cuidados_puncion_lumbar.pdf

5. Documentación de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Punción Lumbar. 2011. Consultado Marzo 2014. Disponible: <https://n9.cl/pirgg>
6. Unidad de Apoyo a la Calidad de los Cuidados. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de procedimientos Generales de Enfermería. Junio 2012. (Consultado Marzo 2014).Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
7. Corominas C, Ferrer E, Gómez M, Ma PG, Ruiz V. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PUNCIÓN LUMBAR.

Capítulo 90

DIABETES GESTACIONAL

ANA DÍAZ CABALLERO

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ELENA MOYA CRESPO

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

1 Introducción

Debido al estilo de vida actual de la gran mayoría de la población, basado en hábitos de vida sedentarios y aumento de la obesidad, ha aumentado también el predominio de la diabetes, posicionándose como una de las enfermedades más destacadas actualmente. Este ascenso influye también en la mujer embarazada, con consecuencias graves de tipo obstétrico, fetal, neonatal, pediátrico y en la vida de la mujer después del embarazo.

La diabetes es una patología de origen metabólico en la que los niveles de glucosa en sangre se encuentran elevados. La glucosa es la principal fuente de energía, esta proviene de los alimentos, nuestro organismo como respuesta a la presencia de glucosa en sangre, libera desde el páncreas insulina, esta es una hormona que permite que la glucosa penetre en las células para poder ser utilizada como fuente de energía. Cuando la producción de insulina es insuficiente o nula, la glucosa se acumula en la sangre provocando problemas de salud.

Existen varios tipos de diabetes, la tipo 1, la 2 y la diabetes gestacional:

En la diabetes tipo 1 el organismo no produce insulina, ya que el sistema inmunitario actúa contra ella destruyendo las células del páncreas. Es de mayor prevalencia en los niños y los adultos jóvenes, a pesar de que puede aparecer a cualquier edad. Este tipo de pacientes deben usar insulina diariamente.

Sin embargo, la diabetes tipo 2 se caracteriza por la nula producción de insulina o por un uso inadecuado. Puede diagnosticarse a cualquier edad, sin embargo, suele predominar en personas mayores y ancianas.

La diabetes gestacional es una enfermedad que afecta a algunas mujeres durante el embarazo. En la mayoría de los casos desaparece después de que nazca el bebé. La diabetes que se suele diagnosticar en el embarazo es la tipo 2.

2 Objetivos

- Exponer los conceptos más actuales sobre diabetes gestacional.
- Conocer cómo afecta la diabetes gestacional a la madre y al hijo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, en inglés y en español y usando los términos “diabetes mellitus”, “diabetes gestacional”, “diabetes y embarazo”.

4 Resultados

En la enfermedad diabética las cifras de los últimos años avalan este aumento, en el año 2013, hubo aproximadamente 382 millones de personas con diabetes en diferentes países, por lo que se espera que para el año 2035 la cifra ascienda a 592 millones de personas con dicha enfermedad si no cambiamos el estilo de vida.

La prevalencia de la diabetes gestacional sugiere diferencias dependiendo de la zona en la que nos situemos. En el norte de Europa tenemos una incidencia del 6% mientras que en Estados Unidos se sitúa entre un 9 y un 26%. En cuanto a la población en general, aproximadamente un 7% de los embarazos cursa diabetes, siendo más predominante la gestacional que la presentacional.

Durante el período del embarazo se produce una resistencia a la insulina y a la glucosa, pudiendo afectar al desarrollo del feto, desencadenando en ciertas ocasiones malformaciones graves como macrosomía.

Durante la gestación, sobre todo en la primera mitad del embarazo, aparecen algunos cambios fisiológicos como consecuencia del aumento de la energía, esta no es sintetizada hasta finales del segundo trimestre cuando la usa el feto. La actuación de la insulina se ve anulada por las sustancias producidas en la placenta durante este periodo.

El tratamiento ideal se basa en la combinación de dieta sana, ejercicio físico y seguimiento con insulina, si con estos métodos el valor glucémico se normaliza, el riesgo para la madre y su hijo disminuye, aunque la enfermedad no desaparezca.

Las hiperglucemias suelen aparecer en el segundo trimestre del embarazo, lo que hace que no supongan un alto riesgo para el feto. Sin embargo, la diabetes pregestacional sí que supone un riesgo elevado debido a la teratogénesis.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una enfermedad con una elevada prevalencia, sin embargo, en la mayoría de los casos está en nuestras manos evitar llegar a padecerla. Cambiando algunos hábitos como la alimentación y el sedentarismo podemos llegar a mejorar de una manera evidente nuestra salud en general.

Es importante que las mujeres en edad gestacional tengan información y tengan en cuenta los hábitos saludables para evitar diabetes tanto pregestacional, como gestacional, ya que esta enfermedad provoca daños tanto en el feto como en la madre.

Desde el punto de vista del trabajo enfermero es muy importante llevar a cabo una buena promoción y educación para la salud en la que se pongan a disposición de la población los mejores métodos de prevención.

6 Bibliografía

1. Gracia, V. D., & Olmedo, J. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. Ginecología y obstetricia de México, 85(6), 380-390.

2. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes statistics report, 2017. Centers for Disease Control and Prevention website. www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf
Enlace externo (PDF, 1.3 MB) . Actualizado el 18 de julio de 2017. Información obtenida el 1 de agosto de 2017.
3. García, C. G. (2008). Diabetes mellitus gestacional. *Medicina interna de México*, 24(2), 148-156.

Capítulo 91

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA, USO Y APLICACIONES. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

SERGIO SANCHO ARROYO

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

ALBA PARRA MORENO

1 Introducción

La vía subcutánea, ha supuesto toda una revolución ya que es una vía de fácil canalización, incluso en el domicilio, permite la administración de medicamentos para controlar síntomas como el dolor (dolor crónico, dolor oncológico...), control de secreciones y también nos permite la administración de fluidos para hidratar al paciente (hipodermoclisis), aumentando así la calidad de vida del paciente y favoreciendo así la hospitalización domiciliaria, que sería el objetivo fundamental a conseguir en el paciente en situación terminal. La gran ventaja que supone el poder administrar el tratamiento a nivel domiciliario a través de la vía subcutánea, es que el paciente en situación terminal puede permanecer en su

domicilio rodeado de sus familiares y amigos y gozar de una mayor autonomía, tanta como su proceso le permita.

Numerosas encuestas nos muestran que la mayor parte de los pacientes entorno al 50-70% tienen como preferencia que su fallecimiento se produzca en su domicilio habitual.

Históricamente la vía subcutánea ha tenido un gran recorrido, el primero en mencionar la vía subcutánea fue Alexander Wood, que fue un médico de Edimburgo a mediados del siglo XX. Posteriormente en los años 70 el doctor Richard Propper y su equipo vieron que el tratamiento para la talasemia era igualmente eficaz tanto por vía endovenosa como por la vía subcutánea lo cual permitía tratar a los niños en su propio domicilio. La gran revolución vino por el Springfusor que es un modelo australiano que era mucho más fácil de usar y su peso era inferior y posteriormente apareció el inyector Edmonton.

Si tenemos que elegir una vía de administración de fármacos siempre va a ser de primera elección la vía oral, pero cuando esta por diversas razones no pueda ser utilizada, la vía subcutánea será una gran alternativa para el paciente, ya que es fácil de usar tanto por la familia como por el propio paciente y además tiene muy pocas complicaciones. Otras vías que nos pueden servir de alternativa, pero presentan menor biodisponibilidad, o mejor dicho su biodisponibilidad es relativa y hay menos medicamentos que podamos administrar por estas vías son la vía rectal y la vía sublingual. La vía intramuscular también sería una alternativa, pero es mucho más dolorosa y tiene una absorción un tanto irregular en comparación con el resto. La vía endovenosa tiene buena biodisponibilidad, hay muchos fármacos que se pueden administrar a través de ella, pero requiere personal formado, por lo que no es útil a nivel de hospitalización domiciliaria, además el paciente no dispondría de tanta autonomía y puede presentar mayor número de complicaciones (como salida accidental del catéter, infecciones, extravasación...).

2 Objetivos

Explicar manejo y cuidados de la vía subcutánea al profesional de enfermería y al paciente y familia.

Entender las aplicaciones de la vía subcutánea por parte del profesional de enfermería.

Saber en qué contexto podemos utilizar la vía subcutánea como enfermeros.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo se ha realizado una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como asociaciones de gran prestigio a nivel nacional y guías de práctica clínica.

4 Resultados

Lo primero que debemos mencionar es que la vía subcutánea es un tipo de vía parenteral, que puede usarse tanto para la administración de medicación en bolo o mediante perfusión continua. Lo revolucionario de esta vía es su uso a nivel domiciliario.

El profesional de enfermería debe conocer y saber dominar esta técnica ya que a nivel de hospitalización convencional, hospitalización domiciliaria y cuidados paliativos domiciliarios supone un gran avance ya que es más fácil de manejar y supone menos complicaciones que la vía endovenosa.

Como profesionales de enfermería debemos determinar a qué pacientes podemos beneficiar más con el uso de este tipo de vía. El paciente diana sería aquel que requiera la administración de fluidos y medicamentos y en el cual la vía oral no puede usarse, la vía endovenosa no esté aconsejada (en el caso de la hospitalización domiciliaria) o la canalización de la misma sea muy dificultosa.

Indicaciones:

Odinofagia o severa disfagia

Obstrucción intestinal.

No se pueden controlar los síntomas que presenta el paciente por otra vía.

Cuando está alterado el nivel de consciencia.

En la agonía.

Presencia de vómitos y náuseas persistentes e incoercibles.

Fístulas que se dan sobre todo en el intestino delgado donde se absorben la mayor parte de los medicamentos.

Dosis orales muy elevadas o que dudemos de que el paciente esté cumpliendo el régimen terapéutico.

Difícil canalización de vía endovenosa.

Gran debilidad.

Contraindicaciones:

Cuando el paciente no se adapta o la familia está en situación de claudicar.

Cuando el paciente se encuentra en anasarca.

Cuando el paciente tiene alterada la coagulación.

Cuando el paciente presente mala perfusión periférica.

Manejo de la vía subcutánea:

1º: Elegir el lugar de inserción del catéter: que debe ser de un material que pueda insertarse en el tejido subcutáneo, los lugares de inserción más comunes son:

Debajo de la clavícula, no llegando a la mama, es la más usada, es más fácil de acceder y de vigilar el punto de inserción.

Zona deltoidea: esta zona no debe usarse para la administración de hipodermocclisis.

Zona superior del abdomen, cuadrantes superiores, debemos evitar la zona alrededor del ombligo, la aguja se insertará lateralmente evitando así que el paciente sienta la sensación de pinchazo cuando se acueste o cuando se siente.

La cara anterior del muslo es la zona de elección en caso de que sea necesaria la hipodermocclisis.

Para la administración de volúmenes más pequeños son mejor la zona infraclavicular y la deltoidea.

La zona de la escápula está especialmente indicada para pacientes que se encuentran confusos.

Lo principal que debemos tener en cuenta a la hora de elegir el punto de punción es tener en cuenta la posición habitual del paciente, la movilidad de este, debiéndose evitar articulaciones, pliegues y prominencias ósea. Lo más recomendable es usar la parte central y no la periférica.

La vía subcutánea la podemos usar para administrar medicación tanto en bolo como en perfusión continua, pero debemos tener en cuenta una serie de aspectos. Cuando usemos bolos no se aconseja administrar un volumen mayor a 2ml.

Después de un fármaco se debe limpiar la vía con 0.5ml de suero salino fisiológico en las palomillas metálicas y 0.2ml en las otras.

En perfusión continua lo recomendable es una velocidad de infusión de 40-60ml/hora cuando se trata de hidratar al paciente. Cuando se trata de administrar medicación la velocidad de infusión sería de 3ml/h.

Cuidados del catéter:

Vigilar la zona de inserción para ver si hay signos de infección o salida del catéter u otro tipo de complicaciones, en tal caso cambiaremos el catéter.

La duración del catéter suele ser de unos 7-12 días.

Debe cubrirse con apósito estéril que permita observar el punto de inserción.

Procedimiento de inserción:

Debemos explicar la técnica que vamos a realizar al paciente.

Posteriormente debemos proceder con el lavado de manos y colocación de los guantes.

Debemos elegir cual será el punto de inserción más ventajoso para el paciente.

Es muy importante que purguemos el sistema y el catéter antes de realizar la punción.

Para realizar la punción debemos coger un pliegue con los dedos pulgar e índice, para hacer la punción lo haremos en un ángulo de 45°, debemos asegurarnos de que el bisel de la aguja mire hacia arriba y posteriormente tras la punción giramos la aguja.

Fijaremos el catéter con un apósito estéril y transparente que no permita vigilar el punto de inserción.

Mezclas de fármacos incompatibles:

- Dexametasona y el midazolam.
- Dexametasona y el haloperidol.

Mezclas de fármacos compatibles:

- Morfina, midazolam, haloperidol y hioscina.
- Metoclopramida, haloperidol, midazolam y morfina.
- Morfina, midazolam, hioscina y metoclopramida.
- Morfina, haloperidol, hioscina y metoclopramida.
- Morfina, hioscina, dexametasona y metoclopramida.
- Morfina, haloperidol, hioscina y metoclopramida.
- Tramadol, midazolam, haloperidol y hioscina.
- Tramadol, midazolam, haloperidol y metoclopramida.
- Tramadol, midazolam, hioscina, metoclopramida.
- Tramadol, buscapina, dexametasona y metoclopramida.
- Tramadol, haloperidol, hioscina y metoclopramida.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería debe conocer el manejo de la vía subcutánea y poder explicarle a familiares y cuidadores no profesionales e incluso al propio paciente como deben cuidar la vía subcutánea y los signos de alerta ante infecciones o salida del catéter. Esta vía supone una gran alternativa a la vía endovenosa en el cuidado domiciliario del paciente en situación terminal.

Es una vía mucho menos invasiva, con menos complicaciones y de manejo más fácil, pero aun así debemos adquirir destreza en su manipulación, como profesionales de enfermería.

También es muy importante saber que medicamentos podemos administrar de forma conjunta ya que hay algunas soluciones que son incompatibles, para todo ello es fundamental la elaboración de guías de práctica clínica, protocolos para el manejo de la vía subcutánea, tanto a nivel hospitalario como a en atención primaria de salud, también en instituciones como son el caso de las residencias de ancianos, teniendo mayor relevancia a nivel ambulatorio como ya hemos comentado en la hospitalización domiciliaria.

6 Bibliografía

1. Gema Auria Genzor, Ana Isabel Cabrero CLaver, Adriana Narvi3n Carriquiri, Visitaci3n Ortega Riba, Yolanda Pu3rtolas G3erri. guia de pr3ctica cl3nica para el manejo de la via subcut3nea [Internet]. 2020. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/04/gpc_606_via_subcutanea_compl_rev.pdf
2. V3squez LE. Gu3a de uso del cat3ter subcut3neo em cuidados paliativos [Internet]. Disponible en: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2018/2/Guia_de_uso_del_Cateter_Subcutaneo_en_Cuidados%20Paliativos.pdf
3. de Oca Iliana Mujica Gonz3lez Denisse Parra Giordano. MARXCMBM. Manejo del cat3ter subcut3neo en efermer3a en cuidados paliativos [Internet]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2017/5/Manejo%20del%20Cateter%20subcutaneo%20en%20Enfermeria%20en%20Cuidados%20Paliativos.pdf>
4. del Pilar Ruiz M3rquez M. Guia cl3nica v3a subcut3nea, usos y recomendaciones [Internet]. Disponible en: https://areasaludbadajoz.com/wp-content/uploads/2021/12/Guia_Via_Subcutanea.pdf

Capítulo 92

CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) INDICACIONES, INSERCIÓN Y MANEJO DEL MISMO

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

SERGIO SANCHO ARROYO

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

ALBA PARRA MORENO

1 Introducción

El 90% de los pacientes ingresados en alguna de las unidades asistenciales de hospitalización requieren terapia endovenosa, pero muchos de los fármacos empleados provocan daños en los accesos vasculares periféricos, siendo su duración no superior a 72 horas ya que pueden dar lugar a complicaciones tales como la flebitis, la rotura de un vaso al canalizar un nuevo acceso periférico, la extravasación de un fármaco y un largo etc. Para ello contamos como alternativa con las vías centrales tales como: Catéter central de inserción periférica (PICC)

y el catéter venoso central (CVC), que nos permiten administrar por vía endovenosa fármacos, fluidoterapia, nutrición parenteral total, extracción de muestras de sangre, administración de hemoderivados e incluso la monitorización hemodinámica del paciente, siendo una opción muy relevante en las unidades de cuidados intensivos.

En el presente capítulo nos centraremos en el catéter central de inserción periférica (PICC), este capítulo tiene una especial relevancia, ya que será el profesional de enfermería el encargado de insertar el catéter y de llevar a cabo su manejo y cuidados para prevenir la aparición de complicaciones tales como infecciones, retirada accidental del catéter, etc.

Numerosos estudios avalan que una correcta educación del profesional de enfermería en la importancia de la técnica aséptica (lavado de manos, manejo del catéter y curas del mismo en condiciones de esterilidad) descende el número de infecciones asociadas a los PICC.

2 Objetivos

Explicar al profesional de enfermería que cuidados debe proporcionar con el fin de evitar posibles complicaciones asociadas.

Describir la técnica que el profesional de enfermería debe conocer para el manejo del catéter tanto inserción como cuidados y mantenimiento posteriores.

Saber identificar por parte de enfermería posibles complicaciones y cual serían los motivos de retirada del catéter.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo se ha realizado una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como asociaciones de gran prestigio a nivel nacional y guías de práctica clínica.

4 Resultados

En primer lugar, debemos explicar que es el PICC: es un tipo de vía central, formada por tubo muy delgado, flexible y largo que se inserta en uno de los grandes

vasos del brazo (vena braquial, cefálica y basílica) siempre teniendo en cuenta que la canalización sea por debajo o por encima de la flexura del codo, está hecho de un material biocompatible y su recorrido debe llegar hasta la vena cava superior en su tercio distal.

El procedimiento de inserción es eco-guiado y posteriormente debe comprobarse la colocación del catéter mediante una radiografía de tórax. Hay diferentes tipos de PICC según el tipo de material de la punta (pueden ser poliuretano y silicona) y también según la cantidad de luces que tenga el catéter.

Numerosas investigaciones lo muestran como eficaz y seguro, tiene menor número de complicaciones de tipo mecánicas (no presenta tanto riesgo como el catéter venoso central de neumotórax y perforación de la pleura) y puede estar inserto durante tiempo, también tiene menor riesgo de infecciones ya que la zona del antebrazo tiene menos riesgo de colonización que el tórax y el cuello. También es muy ventajoso que el personal de enfermería sea el responsable de su canalización ya que supone una reducción de costes en personal.

Debido a que esta técnica es invasiva presenta una serie de complicaciones. Las de tipo mecánico suponen entre un 2 y un 15% de los casos:

Infiltración, flebitis y extravasación.

Mala colocación del catéter o desplazamiento del mismo.

Que se produzca la rotura del catéter.

Que haya una pérdida hemática.

Que se puncione de forma accidental la arteria.

Las infecciones son la complicación que aparece de forma más común y sería la que reviste una mayor gravedad, la incidencia de casos sería del 16.4 - 28.8% y produce un incremento de la mortalidad y la morbilidad es un gran problema en las unidades de cuidados intensivos, ya que provocan el 90% de las infecciones bacterianas.

El principal objetivo de la canalización de este tipo de catéter es cuidar y preservar la reserva venosa del paciente.

Los principales criterios para la selección de paciente candidato a este tipo de catéter son:

Pacientes que requieren tratamiento endovenoso con una duración superior a 7 días.

Usuarios de nutrición parenteral total tanto hospitalaria como domiciliaria.

Pacientes en tratamiento quimioterápico.

Pacientes con mal acceso venoso debido a daño o pérdida de la reserva venosa.

Fármacos que tengan un pH inferior a 5 y superior a 9.

Fluidoterapia con osmolaridad superior a 600 osmol/l.

Transfusión de hemoderivados y extracción de analíticas.

Medicamentos que sean irritantes o vesicantes.

Cuando sea necesario medir la presión venosa central.

Uso de contraste intravenoso a flujo elevado.

En este capítulo se va a desarrollar la técnica de punción SELDINGER MODIFICADA/ micropunción, que debe realizarse en condiciones de esterilidad y utilizaremos los siguientes materiales:

Un paño estéril de tipo fenestrado.

Guantes y bata estéril.

Debemos usar también gorro y mascarilla quirúrgica.

Como antiséptico emplearemos clorhexidina alcohólica al 2%.

Compresas y gasas estériles.

Necesitaremos jeringas de 1cc y de 10cc.

Suero salino fisiológico.

Catéter de inserción periférica (PICC) y micropunción seldinger.

Fundas estériles para el ecógrafo.

Para fija el catéter utilizaremos apósito transparente y venda de malla para sujetar.

Como anestésico utilizaremos mepivacaína al 2%.

La canalización del catéter requiere seguir una serie de pasos:

Lo primero elegiremos el vaso que vamos a canalizar en el antebrazo hay tres venas que nos van a permitir la inserción del PICC. La vena basilica tiene un buen tamaño, es bastante recta y está alejada de estructuras tales como la arteria braquial y el nervio mediano, por lo tanto, en su canalización habría menos riesgo de dañar estas estructuras. La vena cefálica tiene como ventaja que es de fácil inserción ya que se puede ver y palpar y además es fácil para su cuidado, la principal desventaja es que no tiene un gran calibre y puede ser tortuosa. La vena braquial: tiene un buen calibre, pero es una vena profunda, que se encuentra cerca de estructuras tales como el nervio mediano y la arteria braquial, por lo que al canalizarlas hay un mayor riesgo de dañar estas estructuras.

La técnica de inserción del catéter es un proceso eco-guiado.

El primer paso será montar el campo estéril, medición y purga del catéter. Seleccionamos en el ecógrafo la vena sobre la que realizaremos la punción, teniendo en cuenta las siguientes características: que la profundidad sea no sea mayor de 3cm y que el catéter ocupará 1/3 del diámetro del vaso.

Se realizará punción con aguja micro seldinger, pasamos la aguja por el catéter y se quita la aguja y se deja la guía.

Cuando solo tenemos la guía administramos el anestésico en este caso mepivacaína al 2% y se realizará un corte en la piel con el bisturí.

El siguiente paso consiste en la inserción del conjunto de cánula permeable – dilatador por la guía.

Llegados a este paso se introduce la cánula permeable y el dilatador y cuando esté introducida se quitan la guía y el dilatador dejando solo la cánula.

Antes de introducir el PICC debe estar medido, cortado y purgado. Quitamos el dilatador pelable y fiador del PICC:

Se conecta el bioconector (split septum de presión neutra) por cada luz del PICC, vemos que haya reflujo y limpiamos con 5-10cc de suero salino fisiológico, usando la técnica push-stop-push, en este punto podremos heparinizar si es preciso.

Procederemos a limpiar la zona de inserción de restos hemáticos, colocaremos el apósito transparente y taparemos los tapones y zona proximal con gasas estériles y lo sujetaremos todo con venda de malla.

Debemos asegurarnos de la correcta inserción del catéter con radiografía de tórax, debiendo observar que la punta del catéter se encuentra en el tercio inferior de la vena cava superior que estaría a nivel del 4º-5º espacio intercostal.

La cura del catéter se hará de forma programada cada 7-10 días o cuando el apósito este sucio o se despegue.

La cura se realizará en condiciones estériles con guantes y mascarilla quirúrgica.

Para retirar el apósito se hará con mucho cuidado de distal a proximal para no retirar de forma accidental el catéter.

Observaremos la piel alrededor del punto de inserción y veremos que no tenga signos de infección u otras complicaciones.

Nos quitaremos los guantes no estériles, haremos nueva higiene de manos y nos pondremos los guantes estériles y montaremos el campo estéril.

Con gasas con antiséptico desinfectaremos la zona haciendo una espiral desde el punto de inserción al exterior.

En caso de tener fijadores subcutáneos no removibles después de limpiar pondremos una gasa estéril debajo del plástico para no lesionar la piel.

Pondremos apósito estéril sobre el punto de inserción, de elección será el apósito transparente, pero si el paciente presenta sudoración profusa o sangrado podremos usar apósitos de gasa, con la precaución de no poner sobre el sistema fijador la parte adhesiva del apósito, para que no se produzca una retirada de forma accidental.

Quitaremos el bioconector y se desinfectará el cabezal con gasa estéril y antiséptico pudiendo utilizarse: clorhexidina al 2%, alcohol isopropílico al 70% o povidona yodada.

Lavado del catéter con suero salino fisiológico con la técnica push-stop-push.
 Cambiar los tapones de los bioconectores por unos nuevos.
 Si se precisa se puede realizar sellado con heparina sódica.
 La retirada del catéter se hará en condiciones de asepsia y siempre que se den una o varias de las siguientes condiciones:
 Cuando ya no se necesite.
 Cuando haya signos de infección (se debe realiza un cultivo de la punta del catéter).
 Presente una obstrucción que sea irreversible.
 Se haya producido una lesión mecánica.
 Trombosis venosa con mal funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

Es un catéter de muy amplia utilidad pudiendo decirse que se recomienda, para tratamientos de larga duración, fármacos irritantes y vesicantes y todo tipo de fármacos. Su colocación requiere adiestramiento del profesional de enfermería, tanto en la canalización como en los cuidados y posterior mantenimiento, debiendo existir guías de práctica clínica y protocolos de actuación en las unidades en las cuales sea necesario su uso, además de las pertinentes formaciones del personal de enfermería.

Cada vez se está utilizando más, por su seguridad, cada vez menor tasa de infección, su fácil inserción y su bajo coste.

Aun así, presenta también complicaciones que deben vigilarse y prevenirse.

Es muy importante la asepsia en todo su proceso y manipulación.

6 Bibliografía

1. Laura Gamarra Marzo, Rocío Herrera Alegre, Eva Negredo Rojo, Miriam Bellés Aranda, M a José Tregón Loras, María Cervera Catalán. Catéter PICC. Indicaciones, inserción y cuidados de enfermería. el 12 de febrero de 2021; Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cateter-picc-indicaciones-insercion-y-cuidados-de-enfermeria/#google_vignette
2. Sánchez MLM. Cuidados de enfermería del PICC [Internet]. Disponible en: https://spaoyex.es/sites/default/files/cuidados_del_picc.pdf
3. del Mar Pérez García M. Cuidados De enfermería en catéteres centrales [Internet]. Disponible en: [file:///C:/Users/Propietario/Downloads/PRESENTACI%C3%93N%20PICC%20actualizada%20\(4](file:///C:/Users/Propietario/Downloads/PRESENTACI%C3%93N%20PICC%20actualizada%20(4)

4. Cortés N., Fuertes MJ. , Mayo N. , Porteiro M. , Rodríguez M. , Vecino S. , Vilas MB. Procedimiento, cuidado y manejo del catéter central de inserción periférica (PICC) en adultos. Servicio Gallego de Salud. PROCEDIMIENTO, CUIDADO Y MANEJO DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN ADULTOS [Internet]. 2019. Disponible en: <https://femora.sergas.es/Coidados-das-vias-sondas-e-drenaxes/DocumentosCP/CAS.%20Cuidados%20PICC%20correxido%20PL.pdf>

Capítulo 93

INTOXICACIONES AGUDAS QUE PRECISAN EL SERVICIO DE URGENCIAS O INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las intoxicaciones agudas son muy antiguas, las primeras investigadas datan del siglo XVIII, lo que implica que las personas ya han tenido riesgo ante diversos tipos de venenos (1-3).

Un rasgo a destacar es la intencionalidad, que es el riesgo de exposición al tóxico de forma voluntaria y en busca de un fin, se distinguen entre suicidas y por consumo de drogas. El suicidio consiste en la actuación humana de autolesionarse para perder la vida, a nivel mundial está entre las 10 primeras causas de muerte; actualmente hay un aumento, ya que cada día más de 1000 personas se suicidan en el planeta y lo intentan varios miles sin tener en cuenta la religión, cultura o estatus económico (4).

La intoxicación de manera intencionada supone un problema de salud a escala mundial, teniendo en cuenta el aumento de la morbilidad y la relevancia social que implica (5,6). Es fundamental que el diagnóstico sea rápido y eficiente para evitar la muerte o secuelas graves en los pacientes, entre el 3 y el 7% necesita ingreso en la unidad de cuidados intensivos, lo que supone un peligro importante

para la salud, además de destinar enormes gastos económicos en todo el mundo, cuestiones que se podrían evitar con la aplicación de acciones de prevención (7).

La atención de la persona intoxicada debe ser multidisciplinar al ser necesaria la implicación de varios especialistas, incluido el psiquiatra, siendo imprescindible dicha especialidad debido a que un alto porcentaje de las intoxicaciones voluntarias que llegan al hospital son intentos de suicidio. Las sustancias que más intervienen en las intoxicaciones son analgésicos y psicofármacos.

Las intoxicaciones graves van aumentando en nuestro país, suponen un 0,6% del total de ingresos que se producen en las urgencias y un 2% en los servicios de medicina interna (8). Asimismo, en los últimos años ha tenido lugar un aumento de la edad media de los pacientes intoxicados (9), con una mortalidad inferior al 0.2%, debido a la favorable evolución clínica. Existen pocas publicaciones en España que estudien las características de los pacientes intoxicados.

Las intoxicaciones producidas por el consumo de drogas afectan a todos los niveles de la vida, desde las relaciones familiares y amigos hasta el nivel profesional y legal, además, la persona se perjudica tanto a nivel físico como psíquico.

Asimismo, el consumo de drogas, a la sociedad le repercute en su sistema sanitario y en cuestiones sociales y económicas, por ello es necesario implantar acciones de prevención y reinserción para mitigar los efectos de las drogas (10).

2 Objetivos

- Explicar cómo determinar y valorar a los pacientes con intoxicación aguda como consecuencia de intento suicida.
- Estudiar la epidemiología de las intoxicaciones agudas que requieren ingreso en UCI.

3 Metodología

Se llevó a cabo la recogida de información de la base de datos del servicio de urgencias del Hospital Universitario de Toledo, de las cuestiones más destacables de las historias clínicas de los pacientes atendidos por intoxicación aguda por intento suicida.

Las variables obtenidas de los pacientes han sido: sexo, edad, antecedentes clíni-

cos y psiquiátricos, ocupación, síntomas, tipo de tóxico ingerido, información relativa al consumo, en qué unidad ha sido ingresado, en su caso, así como el tratamiento prescrito.

Con estos datos se ha completado una hoja de cálculo para valorar y comparar la información más importante y estudiar las características epidemiológicas.

4 Resultados

De los pacientes estudiados, se ha obtenido una prevalencia de mujeres y un intervalo de edad mayoritaria de 20 a 59 años, solamente un porcentaje mínimo de personas tenían una edad menor a 20 años, se detecta que las personas de menor edad son varones, mientras las mayores de 40 son mujeres.

Se obtiene que el grupo que prevalece con más intoxicaciones son las amas de casa y el que menos los profesionales. El tóxico más utilizado son los psicofármacos y a casi todos los pacientes se les realizó un lavado de estómago en un primer momento.

En el 90% de los casos el ingreso en la UCI tuvo lugar en las primeras 12 horas de la entrada en urgencias, en esta población el 2,7% de los pacientes con intoxicaciones agudas graves ingresa en UCI, aunque según algunos estudios pueden llegar al 4,5% (11), este descenso puede ser debido a un mejor funcionamiento de los servicios de urgencias.

Por lo que respecta a la situación clínica, predominan los síntomas neurológicos, el 75% de los pacientes tenían tratamiento psiquiátrico, llegando la mortalidad al 5,1%.

El examen de los resultados se ha realizado con la aplicación estadística para las ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 24. Las variables continuas que se utilizaron son las medias y desviación típica, analizando las pruebas T-Student para la comparación de medias, además, se describieron frecuencias relativas y absolutas mediante el test Chi Cuadrado de las sustancias ingeridas, observando que el porcentaje mayor de fallecimiento está relacionado con el consumo de tóxicos que ingresaron en la UCI.

Las variables clínicas que muestran diferencias significativas con respecto a los pacientes que ingresan en la UCI son: parada cardíaca, taquicardia elevada, convulsiones, llegando incluso al coma. Por otro lado, aparecieron en urgencias síntomas de ansiedad y trastornos psicóticos que no precisan ingreso en la UCI.

De esta manera se han obtenido las conclusiones más importantes sobre las características de los pacientes con intoxicación aguda y que han precisado ingreso en UCI.

5 Discusión-Conclusión

Las intoxicaciones agudas suponen una importante urgencia médica, por lo que es fundamental controlar el tiempo transcurrido entre el incidente y el tratamiento, ya que con el paso del tiempo la absorción del tóxico aumenta, lo que indica que la intervención en el nivel de atención primaria es crucial.

Basándose en los resultados obtenidos, sería conveniente la realización de estudios toxicológicos para implantar procedimientos en UCI, así como fijar unas variables de estudio para profundizar en el conocimiento de este tipo de pacientes y de esta manera realizar unas pautas de tratamiento adecuadas.

En conclusión, se pueden deducir los siguientes resultados:

- Una intoxicación frecuente es el consumo de drogas.
- Los pacientes habituales son adultos jóvenes.
- Lo más habitual es que los pacientes vayan al servicio de urgencias en ambulancia.
- Un bajo porcentaje ingresa en UCI.
- Los síntomas más habituales son: agitación, ansiedad y trastornos psicóticos.
- En la mayoría de los casos se lleva a cabo y confirmación analítica.

Dada la importancia de este problema, se pretendió caracterizar y valorar a los pacientes que pasan por los servicios de urgencias o UCI, con intoxicación aguda, imputable en algunos casos a intentos suicidas.

6 Bibliografía

1. Alfonso CA, Blandón Rodríguez AM. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de suicidio. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017 [citado 02/10/2018]. Disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/descargar.php?id=42034>.
2. Muñoz Romo R, Borobia Pérez AM, Muñoz MA, Carballo Cardona C, Cobo Mora J, Carcas Sansuán AJ. Eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por paracetamol: análisis de coste-efectividad a través de un programa de toxicovigilancia activa hospitalario. Emergencias. 2018

- [citado 02/10/2018]; 30:169-76. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/eficiencia-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-intoxicacion-aguda-por-paracetamol-analisis-de-coste-efectividad-a-travs-de-un-programa-de-toxicovigilancia-activa-hospitalario/force_download/
- MEDISAN 2019; 23(6):1020.
3. Kemp AM, Clark MS, Dobbs T. Drogas de diseño: Cannabinoides sintéticos. *Am J Med.* 2016 [citado 02/10/2018]; 129 (3): 1-3. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/drogas_de_diseno.pdf.
 4. Rosales García J, Quesada Castillo Y, Rodríguez Sánchez VZ, Naranjo Rodríguez Y, Pérez Brito G. Complicaciones severas por el uso parenteral del kerosene en intento de autólisis, a propósito de tres casos. *Rev. Med. Electrón.* 2013 [citado 02/10/2018]; 35 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000500012.
 5. Gárciga Ortega O. Adicciones y violencia. Prevención y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2017 [citado 02/10/2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/adicciones_violencia_preencion_ttmo/adicciones_y_violencia_preencion_tratamiento.pdf.
 6. Garrido González I, Bugarín González R, Machín Fernández AJ. Consumo de drogas en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica.* 2016 [citado 02/10/2018]; 26 (3): 174-80. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1130862115001837?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1130862115001837%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>.
 7. Brandenburg R, Brinkman S, de Keizer NF, Meulenbelt J, de Lange DW. In-hospital mortality and long-term survival of patients with acute intoxication admitted to the ICU. *Crit Care Med.* 2014 [citado 02/10/2018]; 42 (6): 1471-9. Disponible en: https://www.eapcct.org/publicfile.php?folder=congress&file=Abstracts_Malta.pdf.
 8. Ojuel Gros T, Lopez Nunez C, Medina Vivas RS, Monton Dito JM, Valdovinos Mahave C, Torralba Allue JC. Intoxicaciones agudas graves en UCI: rasgos epidemiológicos, clínicos y estándares de tratamiento. *Atalaya Medica Turolense.* 2017;11:28-35.
 9. Mir AS, Nogue Xarau S, Alcaraz Penarrocha RM, Moran Chorro I, Montero Clavero FJ, Palomar Martinez M, et al. Evolucion de las intoxicaciones en las unidades de cuidados intensivos españolas: comparacion de 2 periodos. *Med Intensiva [Internet].* 2020.
 10. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-Analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr*

Bull. 2016;42(5):1262–9.

11. Ojuel Gros T, Lopez Nunez C, Medina Vivas RS, Monton Dito JM, Valdovinos Mahave C, Torralba Allue JC. Intoxicaciones agudas graves en UCI: rasgos epidemiologicos, clínicos y estandares de tratamiento. Atalaya Medica Turolense. 2017;11:28-35.

Capítulo 94

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

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

- Determinar y analizar las estrategias de afrontamiento en las personas con LM, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión.
- Precisar las diferencias en las habilidades de afrontamiento de la LM, según el tipo, nivel o fecha de aparición del traumatismo.
- Constatar si los grados de trastorno mental varían en función de factores sociodemográficos y clínicos.

3 Metodología

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

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

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

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

4 Resultados

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

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

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

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

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

por lo tanto, su estudio científico parece acreditado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 95

LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

La atención en el ámbito prehospitalario de una lesión medular es prioritaria, debido a que en el 25% de los casos, la lesión puede extenderse después de los daños iniciales (1,2), de ahí la necesidad de los conocimientos adecuados para la correcta exploración, aplicación de las maniobras de movilización del paciente, maniobrar convenientemente la vía aérea o la administración de los fármacos necesarios, ya que todavía no hay evidencia científica de que determinados tratamientos sean eficaces ante la previsión de una lesión medular (3).

Se debe destacar el imprescindible papel que realiza la enfermería en las urgencias prehospitalarias cuando se prevé una lesión medular, concretamente una adecuada formación de enfermería implica que se produzcan unos menores daños e incluso se disminuya la mortalidad, aunque hay algunos autores que dudan sobre la contribución del trabajo de la enfermera ante este tipo de pacientes (4).

Las emergencias son sucesos que no se pueden prever y cuando dichos sucesos derivan en una incapacidad producida por una lesión grave como es la medular, las consecuencias que se van a producir en el accidentado son terribles, desde un cambio radical en la manera de vivir hasta incluso producir la muerte (5), por lo tanto, se pretende elaborar un documento con una serie de medidas que sirva de

referencia ante la previsible emergencia de un traumatismo medular, mediante la evaluación de los daños convenientemente y sobre todo que sus consecuencias sean lo menos impactante posible.

Hay que mencionar la incidencia de las lesiones medulares en los deportes de motor y la manera de abordarlas, dado que una incorrecta actuación en la valoración o inmovilización puede acarrear daños y complicaciones irreversibles que se van a sufrir toda la vida (6).

Según estudios epidemiológicos la lesión medular oscila entre 236 y 1.009 casos por millón de habitantes a nivel mundial (7), en nuestro país, está cerca de los 1.000 afectados, lo que supone un total de 30.000 personas que padecen la lesión (8).

Hay varios procedimientos para efectuar la inmovilización de la columna, pero entre los profesionales hay disputas para llegar a la conclusión de qué método es el más conveniente, asimismo, es importante destacar la habilidad que hay que poseer para aplicar la técnica y el dispositivo adecuado. Con este trabajo se pretende cotejar la operatividad de las diferentes técnicas y lo que implica el nivel de formación de los sanitarios.

El profesional de enfermería en emergencias tiene que tener una actitud apropiada y poseer la capacidad necesaria para cumplir su función, así como pericia, seguridad y valores morales, de esta manera se consigue una organización concreta encaminada a cubrir las carencias del paciente.

La atención de enfermería tiene que ser integral y continua, no un sistema graduado. La base de su trabajo tiene que ser el paciente, no las técnicas que aplicamos, de esta manera un individuo no cambia de unos centros sanitarios a otros, aunque tenga distintas patologías (9).

El trabajo del enfermero es prioritario en el manejo preliminar al lesionado, teniendo en cuenta que los cuidados se tienen que aplicar lo antes posible, de esta manera descende la mortalidad e incrementamos el nivel de prestigio.

La lesión medular ocasiona al año una gran morbilidad, sobre todo en personas jóvenes. Es el principal motivo de muerte en personas con edad por debajo de los 45 años, hay que significar que estas lesiones provocan una elevada cifra de incapacidades, así como trastornos permanentes, por este motivo exige una actuación organizada y diligente (10, 11).

La mitad de las muertes tienen lugar en la primera hora del accidente, por lo tanto, en el ámbito prehospitalario los profesionales de emergencias son los principales actores, por esta circunstancia precisan de destreza y un perfecto acoplamiento en la zona del accidente (12,13).

2 Objetivos

- Identificar el diagnóstico de lesión medular por parte del personal de enfermería en el ámbito prehospitalario.
- Analizar las maniobras de movilización ante una posible lesión medular en una situación de emergencia.
- Justificar la necesidad de una completa formación para el manejo correcto del lesionado medular en situación de urgencias o emergencias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de textos que tienen relación con la lesión medular en la atención de urgencias o emergencias, es decir, en el área de la asistencia prehospitalaria. Para obtener la información se ha accedido a distintas bases de datos como Pubmed, Dialnet Plus, Google Académico, Medline, Recolecta y Scielo, empleando términos clave seleccionados mediante tesauros (MeSH) como “lesión medular”, “emergencia”, “manejo prehospitalario”, “inmovilización” y “morbilidad” y descriptores (DeCS) para traducir adecuadamente las palabras clave indicadas y enlazadas con los operadores booleanos “OR” y “AND”.

Aunque en las palabras claves seleccionadas no aparece el término “enfermería”, se han llevado a cabo búsquedas utilizando la mencionada palabra, ya que la revisión bibliográfica se ha enfocado hacia la intervención inicial, ante un lesionado medular, por personal con la categoría de enfermero/a.

En un principio, se incluyeron todos los artículos, completos y no completos, pero ante la gran cantidad de información obtenida se ha optado por filtrar solamente textos completos y gratuitos.

Asimismo, se han utilizado textos más antiguos fuera del rango 2015-2020, por su especial trascendencia, aunque el límite establecido implica que el contenido de los textos se ajuste a los estudios científicos más recientes.

4 Resultados

La asistencia prehospitalaria ante la sospecha de lesión medular exige unos cuidados concretos, por lo que es necesario detectar los signos o síntomas que derivan de dicha lesión medular, como dolor en la zona lumbar, traumatismo en la cabeza, pérdida de la conciencia, dolor de cuello, dolor en el pecho y problemas neurológicos como la incapacidad para hablar, la disminución de la sensibilidad o pérdida de la memoria (14).

Al detectar dolor derivado de una lesión medular hay que tener precaución porque hay posibilidad de que la lesión tanto cervical, dorsal como lumbar pueda encontrarse en sitios distintos de la ubicación inicial del dolor (14).

La finalidad de la atención prehospitalaria de la lesión medular es disminuir las deficiencias neurológicas, así como prevenir cualquier daño que se pueda derivar de los problemas detectados, para ello es imprescindible actuar de manera apresurada donde se produce el accidente, llevando a cabo el protocolo de atención al politraumatizado.

Con la evaluación primaria del lesionado se trata de restablecer las funciones básicas, aunque además de conseguir la estabilización se deben minimizar los daños antes de pasar a la atención especializada (15).

Posteriormente, se realiza una minuciosa evaluación secundaria de todo el cuerpo, destacando en los posibles lesionados medulares el dolor en la espalda, parálisis, incremento de la temperatura en la piel, entre otros síntomas (16). El resultado de la exploración se debe reflejar de manera minuciosa en el expediente clínico.

En general, ante la sospecha de lesión medular se debería incorporar en la atención prehospitalaria el bloqueo de la columna, para así disminuir una lesión medular secundaria ocasionada por la falta de inmovilización. Con la administración de líquidos y el tratamiento farmacológico termina el cuidado prehospitalario del paciente con lesión medular.

La lesión medular altera los componentes sensoriales y motores de la parte dañada, además del sistema nervioso autónomo. Para precisar el lugar afectado de la columna existe la clasificación neurológica Internacional Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (17), con estas normas basadas en los elementos sensorial y motor, se generan unas puntuaciones para precisar la gravedad de la lesión. Para este examen se emplean unos instrumentos mínimos y se puede llevar a cabo en cualquier ambiente y situación (18).

Dicho examen se debe de realizar con el lesionado en posición supina, excepto para la exploración rectal que se puede hacer en decúbito lateral, ante inestabilidad en la columna el lesionado debe ser girado de manera completa para evitar giros de la columna.

El estudio de la función sensorial se lleva a cabo analizando 28 puntos esenciales relativos a 28 dermatomas, en cada uno de ellos se examina el tacto ligero y pinchazo, mediante una escala con 4 valores (ausente, alterada, normal y no evaluable (19).

La parte motora de la lesión medular se analiza por medio del estudio de 11 miotomos pareados (18), la inspección se realiza en posición supina y estabilizando los músculos que se están examinando. Este análisis se lleva a cabo mediante una escala con 6 valores, desde la parálisis total hasta un movimiento normal (20).

Las lesiones más habituales son las cervicales, en las que para el examen inicial se tienen que valorar, clasificar o identificar los siguientes principios (21):

- Lesión esquelética.
- Lesión neurológica.
- Lesiones medulares asociadas.
- Lesiones no medulares asociadas.
- Prioridades en el tratamiento.

En la Guía de Manejo de Lesiones Vertebrales Cervicales y Lesiones Medulares de la Asociación Americana de Neurocirujanos (American Association of Neurological Surgeons), se dispone de las siguientes sugerencias para el cuidado de las personas con lesión cervical (22): a) En pacientes conscientes se sugiere la reducción temprana cerrada donde existe fractura o luxación. b) No se aconseja la reducción cerrada en lesionados que tienen daño en el rostro. c) En el escenario del apartado a), los pacientes que no han podido examinarse, se les debe practicar una resonancia magnética antes de llevar a cabo la reducción. d) Es conveniente la práctica de resonancia magnética en lesionados que no funciona la reducción cerrada. e) El beneficio de la resonancia magnética en personas con fractura cervical que tienen discos intervertebrales dañados, es dudoso antes de la reducción.

La American Spinal Injury Association (ASIA) distingue cinco clases en la lesión medular que son las siguientes (23):

- A. Completa: la función motora o sensorial es nula en los segmentos sacros.
- B. Incompleta: hay función sensorial pero no motora por debajo de la lesión.

C. Incompleta: hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados de igual o inferior a 3.

D. Incompleta: hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados superior a 3.

E. Normal: las funciones son normales.

La disminución de la función sensorial implica que el paciente carece del sentido del tacto y no aprecia el frío, calor o dolor, asimismo no sabe la situación de sus piernas. El deterioro de la función motora implica que el lesionado no controla de manera voluntaria los músculos.

5 Discusión-Conclusión

Después de llevar a cabo una revisión de la atención prehospitalaria en pacientes con lesión medular, se ha llegado a la conclusión de que los profesionales de enfermería han tenido un progreso considerable en el manejo de las personas que padecen esta lesión, lo que ha implicado una menor morbilidad.

En la asistencia prehospitalaria el personal de enfermería ha tenido un papel destacable, con un funcionamiento conjunto, interviniendo en todas las iniciativas relacionadas con el paciente. En una situación como la que se vive los enfermeros aportan un activo muy valioso para la persona que se encuentra en una situación prehospitalaria crítica.

El número de personas que padecen traumatismos graves sigue siendo elevado, sufriendo las personas jóvenes el índice más elevado, pero el personal de enfermería acepta el desafío de reducir la morbilidad por medio de llevar a cabo una atención sublimada ante las personas que padecen una lesión grave, esto se consigue gracias a las guías de seguimiento que proporcionan los instrumentos a los enfermeros consolidados a nivel mundial.

Por lo que respecta a la utilización de los instrumentos en la inmovilización se debería examinar en personas de distintas edades y circunstancias, como niños, embarazadas, personas obesas o delgadas entre otras. Asimismo, estaría bien estudiar en el lesionado los parámetros subjetivos como el dolor que se padece, problemas en la piel u otras lesiones en distintas partes del cuerpo.

De la comparación de los datos incorporados al presente trabajo, se deduce la exigencia del estudio de nuevas formas de información para la elaboración de

procedimientos que ayuden a un adecuado uso para la inmovilización de las personas con probable lesión medular.

En cuanto a las técnicas de bloqueo de la columna más aceptadas se pueden enumerar las siguientes:

- La utilización de escalas para evaluar al paciente lesionado.
- La inmovilización se debe de realizar valorando al paciente previamente para evitar problemas derivados de su aplicación.
- Son susceptibles de inmovilización las personas con lesión medular, con pérdida de conciencia o graves problemas neurológicos.
- No se aconseja por aumento del peligro que puede ocasionar: el movimiento brusco del cuello, el bloqueo cervical en pacientes graves y la técnica log-roll.
- El factor tiempo es fundamental para el diagnóstico de la persona, por lo tanto, todo lo que se pueda reducir en el traslado a un hospital es beneficio.
- Es escasa la mención de la asistencia de enfermería en la técnica de la inmovilización.

En lo referente a la formación de los sanitarios en la atención en el ámbito pre-hospitalario, se considera imprescindible una formación básica preliminar y continua, además, sería conveniente que los análisis que se llevan a cabo sobre las técnicas e instrumentos para aplicar en la espina dorsal se realizaran sobre procedimientos objetivos.

Se han realizado estudios entre personal experto y alumnos que han tenido formación específica, sin aparecer desigualdades a la hora de practicar la manipulación de la columna, lo que implica que las prácticas de formación han provocado que los alumnos hagan las técnicas de manera semejante a las personas experimentadas.

Para finalizar, no existen estudios que analicen la conveniencia de la inmovilización en el ámbito de las emergencias, ya que los datos que existen se han obtenido en otras situaciones.

6 Bibliografía

1. Schouten R, Albert T, Kwon B. The Spine-injured Patient: Initial Assessment and Emergency Treatment. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2012; 20(6):336-346.

2. Sarhan F, Saif D, Saif A. An overview of traumatic spinal cord injury: part 2. Acute management. *British journal of neuroscience nursing* [Internet]. 2013; (9).
3. Bernhard M, Gries A, Kremer P, Böttiger BW. Spinal cord injury (SCI)–prehospital management. *Resuscitation* 2005; 66:127–39.
4. Azevedo A, Scarparo AF, Chaves LDP. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(1):36–43.
5. Castro A, Bravo P. Paraplejia. Otra forma de vida. Madrid: Promociones Ediciones SANRO; 1993.
6. Organización Mundial de la Salud. Accidentes de tránsito [Internet]. Diciembre 2018 [Citado 24 nov 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
7. Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*. 2011; 49(4):493–501.
8. Rodríguez G, Vaquero J. Traumatismo raquímedular. Madrid: Fundación Mapfre; 2009.
9. Ávila DM. Cuidados de Enfermería en el Paciente Politraumatizado. *Revista de Enfermería*. 2015 abril.
10. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Guía Clínica politraumatizado. Santiago de Chile: Minsal, 2007.
11. Canabal A, Perales N, Navarrete P, Sánchez Izquierdo JA. Manual de Soporte vital avanzado en trauma. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
12. Arrese MA, SAbrido R. Atención prehospitalaria a la enfermedad traumática. Sociedad de medicina intensiva y unidades coronarias de Castilla la Mancha. Fiscam 2007. Disponible en: <http://www.somiuca.org/activos/protocolos/Atenci%C3%B3n%20Prehospitalaria%20a%20la%20enfermedad%20traum%C3%A1tica.pdf>.
13. Muñoz A, Silva L. Valoración inicial de enfermería al politraumatizado. 1ª ed. Sevilla: Mad; 2006.
14. Domeier RM, Evans RV, Swor RA, Rivera-Rivera EJ, Frederiksen SM. Prehospital clinical findings associated with spinal injury. *Prehosp Emerg Care* 1997; 1:11–5.
15. Guly HR, Bouamra O, Lecky FE. The incidence of neurogenic shock in patients with isolated spinal cord injury in the emergency department. *Resuscitation* 2008; 76(1):57–62.
16. Belanger E, Levi AD. The acute and chronic management of spinal cord injury. *J Am Colleg Surg* 2000; 190:603–18.
17. American Spinal Injury Association: International Standards for Neurological

Classification of Spinal Cord Injury, revised 2000; Atlanta, GA; 2008.

18. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *J Spinal Cord Med* 2011; 34(6):535-546 doi:10.1179/204577211X13207446293695.

19. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Key Sensory Points (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Key%20Sensory%20Points.pdf>

20. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Motor Exam Guide (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Motor%20Exam%20Guide.pdf>

21. O'Dowd JK. Basic principles of management for cervical spine trauma. *Eur Spine J* 2010; 19(Suppl 1):S18-S22.

22. Hadley MN, Walters BC (coord.). Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. Rolling Meadows, IL: American Association of Neurological Surgeons; 2001.

23. Accident Compensation Corporation. ASIA impairment scale (Internet). Disponible en: http://www.acc.co.nz/for-providers/clinical-best-practice/spinal-injury-guidelines/PRD_CTRB091020.

Capítulo 96

ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

La donación de órganos es un proceso anónimo y altruista en el que se sustituye un órgano o tejido enfermo, que no funciona o lo hace de manera deficiente por otro sano para mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe y aumentar así su esperanza de vida. Además, supone un ahorro de recursos económicos para el sistema sanitario a largo plazo. Hay diferentes métodos para la realización de la donación.

La donación tras muerte encefálica se define como pérdida irreversible, por motivos conocidos, de todas las funciones encefálicas. Representa el 90% de las donaciones que se producen en España. El otro método es la donación en asistolia, se lleva a cabo en personas cuyo fallecimiento se ha producido por problemas circulatorios y/o respiratorios que no han sobrevivido a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Además, no han evolucionado a muerte encefálica y se ha tomado la decisión de retirar las medidas de soporte vital y sin contraindicaciones médicas para la donación de órganos y tejidos.

En las últimas décadas, en España la técnica de extracción y trasplante de órganos ha ido aumentando exponencialmente hasta convertirse líder mundial y referente en esta materia. Los donantes de órganos necesitan unos cuidados muy ex-

haustivos que deben llevarse a cabo por los equipos multidisciplinarios en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Dentro de estos equipos la enfermera juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa del paciente donante potencial como de la familia. Es quien se encarga del mantenimiento y preservación hemodinámica y fisiológica de los órganos del paciente donante. Se trata de una situación compleja y difícil, puesto que supone un importante desgaste físico y psicológico. Los cuidados que se brindan deben ser iguales que los recibidos por otro enfermo ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer el papel de la enfermería en el mantenimiento del paciente donante potencial en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

3 Metodología

Se ha realizado una estrategia de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Para garantizar los objetivos hemos acotado la búsqueda definiendo unos criterios de inclusión y exclusión: artículos en inglés y español, con menos de 10 años de antigüedad y que traten del tema que nos interesa.

4 Resultados

Una vez se ha diagnosticado-detectado al posible donante mediante una serie de pruebas objetivas los cuidados que se realizan sobre los potenciales donantes de órganos son una tarea compleja que es llevada a cabo por los equipos que trabajan en una Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estos equipos la enfermera juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa tanto a los potenciales donantes de órganos como a sus familiares. Por un lado, la enfermera brinda unos cuidados más técnicos enfocados a la prevención y tratamiento de las posibles complicaciones que pueden sufrir este tipo de pacientes (hemodinámicas, respiratorias, endocrinas, infecciosas).

Por otro lado, proporciona unos cuidados bioéticos donde se engloban las intervenciones enfocadas al cuidado de la familia del potencial donante, mostrándose

cercana, ofreciéndoles el apoyo necesario y cuidado del paciente con dignidad y respeto.

Es muy importante una vez diagnosticada la situación del paciente, realizar una entrevista con la familia en la que se les comenta el pronóstico funcional y vital del mismo. Esta entrevista va dirigida a solicitar el consentimiento para mantener las medidas de soporte en la Unidad de Cuidados Intensivos en espera a que el paciente evolucione a muerte encefálica para la donación o en caso de que no evolucionara a muerte encefálica por la situación causante o el proceso patológico que presenta se les solicita el consentimiento para la donación en asistolia.

Aquí juega un papel importante el Coordinador de trasplantes junto con el resto del equipo. El mantenimiento del donante potencial supone un cambio en la mentalidad del cuidado, ya que las intervenciones que realiza la enfermera no están encaminadas a la recuperación del paciente sino al mantenimiento y recuperación de los órganos y tejidos. Uno de los papeles principales que debe proporcionar en estos casos el equipo profesional y en particular la enfermera es resolver dudas respecto al proceso de donación con un lenguaje claro, sencillo y directo, todo ello proporcionando intimidad y respeto.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia del proceso de extracción y trasplante de órganos y tejidos en España está aumentando progresivamente.

Por ello es un tema que cada vez va cobrando más importancia, y aunque estamos hablando de la muerte también se habla en cierto modo de la vida de tal manera que la población va teniendo más inquietudes al respecto. Una vez diagnosticado al paciente de posible donante hasta la extracción de órganos es frecuente la aparición de posibles complicaciones.

Es aquí donde la enfermería juega un papel importante. La enfermera debe contar con unos conocimientos y aptitudes adecuados para brindar unos cuidados óptimos y así mantener los órganos y tejidos a trasplantar en las mejores condiciones posibles, asegurando la viabilidad del trasplante y la mejor calidad de vida del paciente receptor.

6 Bibliografía

1. Organización Nacional de Trasplantes. Trasplante [Sede Web]. Madrid: Ministerios de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad; 2010.

2. SEMICYUC y ONT. Cuidados Intensivos orientados a la donación de órganos. Med Intensiva. 2017;

2-5. Cárdenas Cruz A. Tratado de Medicina Intensiva. 2º ed. Barcelona: Elsevier; 2016.

3. Nieves Ureña C. Muerte encefálica: cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante de órganos [Trabajo Fin de Máster] Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.

4. Freire Izaura LS, Oliveira de Mendonça AE, Bessa de Freitas M, De Sousa Martins ML, Costa

Fernandes IK, Torres de Vasconcelos G. Conocimiento del equipo de enfermería sobre la muerte encefálica y la donación de órganos. Enferm. glob. [Internet]. 2014 13(36):179-193.

5. De Tántillo L, González JM, Ortega J. Organ Donation After Circulatory Death and Before Death:

Ethical Questions and Nursing Implications. Policy, Polit Nurs Pract. 2019;20(3):163–73.

6. Scales A, Donation N, Bentley H, Development P, Donation O. Organ donation: Nursing roles and responsibilities. 2020;29

Capítulo 97

PROBLEMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO. HIGIENE POSTURAL

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos son un problema de importancia creciente, puesto que constituyen una de las causas más frecuentes de absentismo laboral en el ámbito sociosanitario. Los trastornos musculoesqueléticos abarcan desde dolencias leves y pasajeras hasta lesiones graves y discapacitantes, que obstaculizan no solo el rendimiento en el trabajo sino también el día a día de los trabajadores

El quirófano es un área hospitalaria que implica una alta exigencia laboral para el personal de enfermería, debido a la complejidad de sus técnicas y a la responsabilidad de la práctica quirúrgica.

Este colectivo es una de las profesiones sanitarias más afectadas por los trastornos musculoesqueléticos. Las posturas no anatómicas, el trabajo de pie, la movilización y levantamiento de cargas, entre otras actividades son unos de los principales riesgos ergonómicos que deben hacer frente en su jornada laboral. La ergonomía, por tanto, debe de jugar un importante papel en el día a día del personal sanitario, garantizando así una disminución de las lesiones y trastornos asociados a una mala postura o al desempeño de actividades repetitivas.

En el artículo que se presenta se pretende por un lado analizar los diferentes riesgos ergonómicos a los que se ven expuestos las enfermeras de quirófano, y, por

otro lado, analizar las diferentes recomendaciones de higiene postural indicadas para disminuir la aparición de trastornos musculares en este colectivo.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos ergonómicos a los que se ven expuestos las enfermeras de quirófano durante su jornada laboral.
- Analizar las posibles lesiones musculoesqueléticas derivadas de la práctica laboral.
- Explorar las diferentes medidas preventivas que pueden llevarse a cabo para disminuir las lesiones osteomusculares derivadas de trabajar en quirófano.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica del presente artículo se ha dividido en dos áreas diferentes. En primer lugar, se ha realizado una búsqueda de información centrada los riesgos ergonómicos del personal de enfermería en quirófano.

Las palabras clave que se han utilizado han sido las siguientes; “riesgos ergonómicos”, “trastornos musculo-esqueléticos”, “enfermería” y “quirófano”.

Las principales fuentes de información han sido; Dialnet y Google Académico. También se ha revisado algunas publicaciones de organismos oficiales como el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

En segundo lugar, la búsqueda se ha centrado en las medidas ergonómicas adecuadas para disminuir la presencia de trastornos musculo-esqueléticos derivados del trabajo. Para ello, las palabras clave que se han utilizado han sido; “ergonomía”, “quirófano” y “enfermería”. Las fuentes de información elegidas han sido nuevamente Dialnet y Google Académico.

4 Resultados

El personal de enfermería de quirófano pasa gran parte de su jornada laboral de pie, realiza sobreesfuerzos en su trabajo, adopta posturas no anatómicas y realiza movimientos repetitivos.

Todo ello, conlleva a la aparición de lesiones musculoesqueléticas, principalmente en la espalda y las extremidades superiores e inferiores .

Estas lesiones pueden ser debidas a sobreesfuerzos puntuales o a movimientos repetitivos durante el trabajo. Las zonas afectadas van a depender de las actividades realizadas y las posturas adoptadas. Los trastornos musculo-esqueléticos más frecuentes en el personal de enfermería son:

- **Lumbalgia:** es una de las lesiones más comunes dentro del colectivo. Se relaciona con la manipulación de cargas, como las bandejas del instrumental quirúrgico, la movilización de los carros, el mantenimiento de una posición estática durante mucho rato, como es estar de pie sin moverse en el desarrollo del procedimiento.

- **Síndrome cervical por tensión:** está relacionado por un lado con los movimientos repetitivos

(elevar los brazos por encima de los hombros para dejar o coger las bandejas) y también con el estrés que genera la responsabilidad de la práctica quirúrgica.

- **Tendinitis manguito rotadores:** se relaciona con la manipulación de cargas, en el caso de enfermería, con la movilización de cajas o el mantenimiento de los brazos en mala postura, por ejemplo.

- **Síndrome del túnel carpiano:** puede deberse a repeticiones en la realización de movimientos de extensión y flexión, posturas de agarre inadecuadas o sobrecarga en las manos.

- **Ciática:** Una posición estática de pie o sentada sin movimiento o el inadecuado diseño de las sillas favorece la aparición de ciática. Con el fin de evitar este tipo de trastornos musculo-esqueléticos en el personal de enfermería lo más adecuado sería fomentar la higiene postural dentro de este colectivo. La postura de trabajo ha de ser lo más cómoda y fisiológica posibles, respetando las curvaturas de la columna vertebral. Como se ha explicado anteriormente una postura inadecuada y un mal manejo de las cargas puede derivar en lesiones, para evitarlo habría que adoptar las siguientes recomendaciones

- **Manipulación de cargas :** o mantener el objeto a movilizar lo más cerca posible de nuestro cuerpo manteniendo la espalda recta. o Levantar las cargas con los grupos musculares de las piernas y músculos abdominales. o Flexionar las rodillas para coger la carga y estirarlas para levantarlo con los talones apoyados en el suelo. o Empujar los carros o las mesas con ruedas del quirófano, nunca tirar. o Usar banquetas o escaleras para coger objetos que estén por encima de nuestra cabeza.

- **Postura estática:** Adoptar una postura de pie con los pies separados cuando se está instrumentando, con ello los ligamentos de rodillas y caderas soportan el peso corporal con menos esfuerzo. Si se usan banquetas deben de ser lo suficientemente anchas para que permitan adoptar una postura adecuada con los pies separados. Intentar, si se puede, dar un paseo o cambiar de posición

- Movilizaciones corporales (3,5): o Girar todo el cuerpo, nunca doblar solo la cintura o flexionar caderas y mantener sujeción con las manos al inclinarse hacia delante.

5 Discusión-Conclusión

La repetición de posturas no anatómicas, la manipulación incorrecta de cargas y el mantenimiento de una posición estática durante el desarrollo del procedimiento quirúrgico, el cual muchas veces pueden durar desde minutos hasta horas, genera fatiga y lesiones musculoesqueléticas en el personal de enfermería. Para evitarlo es necesario adaptar el lugar de trabajo al trabajador y concienciar al colectivo de la importancia de la higiene postural.

De esta manera, siguiendo unas recomendaciones básicas en lo referente al manejo de cargas y el mantenimiento de una postura corporal anatómica se pueden llegar a prevenir gran cantidad de lesiones en el personal.

6 Bibliografía

1. Herrera.T.J. Problemas musculoesqueléticos en el personal de enfermería que trabaja en quirófano del Hospital Obrero n°1 de la C.N.S la Paz en la Gestión.2021 [Consultado 22 de Dic 2022].

Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/27064>

2. Gutierrez. E. Riesgo en ergonomía postural de la instrumentadora quirúrgica, Servicio de quirófano del Hospital de Clínicas, segundo trimestre del año 2021. 2022[Consultado 22 de Dic

2022]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/29786>

3. Arias.L, Córdoba. S, Zambrano. A. Riesgos ergonómicos y lesiones osteomusculares en el personal de quirófano que labora en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de

Marzo a Junio de 2018. 2018 [Consultado 22 de Dic 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ces.edu.co/handle/10946/4192>

Capítulo 98

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

ANA DÍAZ CABALLERO

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ELENA MOYA CRESPO

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

1 Introducción

Se define a la lactancia materna como aquella forma de alimentar en la que el recién nacido solo toma leche materna sin incluir otros alimentos

Una de las bases más importantes de la lactancia materna es el vínculo que se desarrolla entre madre e hijo. En la primera etapa de la vida del bebé, la leche materna es el alimento ideal, ya que cubre las necesidades nutricionales necesarias para un desarrollo óptimo del bebé.

En los últimos años, debido a la incorporación de la mujer al mundo laboral, la lactancia materna ha sufrido cambios. Hoy en día, el porcentaje de lactantes menores de seis meses amamantados de forma exclusiva es menor en países de ingresos altos que en países de ingresos bajos y medios, siendo este último un porcentaje no mayor al 50%.

La lactancia materna aporta al sistema inmunitario del bebé, haciendo que disminuya el riesgo de padecer infecciones a nivel gástrico y además este aporte se mantiene durante dos meses tras la retirada de la leche materna. También se ha observado una disminución del riesgo de asma, dermatitis y eczemas en niños alimentados con lactancia materna. La lactancia previene también algunas enfermedades como: obesidad, hipertensión, dislipidemias y diabetes mellitus tipo 2.

2 Objetivos

- Destacar la implicación de la enfermera en el fomento alimentación mediante leche materna.
- Conocer los beneficios generales que aporta la lactancia materna
- Conocer los riesgos de no amamantar en la primera etapa de la vida del niño.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, en inglés y en español usando los términos: "lactancia materna", "lactante sano" y "beneficios de la lactancia".

4 Resultados

La lactancia materna actúa como factor protector contra el virus causante de gastroenteritis, conocido como Rotavirus. Además, los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna tienen un 50% menos de posibilidades de padecer diarrea en los primeros meses de vida. Por último, previene de la Giarda, caracterizada por cólicos estomacales y náuseas.

Unos de los principales motivos de ingreso hospitalario en neonatos, es la enfermedad febril aguda. Se ha observado que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer dicha enfermedad.

A nivel respiratorio, la alimentación con leche materna previene de padecer neumonía, disminuyendo en casi quince veces la mortalidad frente a los niños no amamantados.

Otras enfermedades cuyo índice de prevalencia es alto en la sociedad actual debido al sedentarismo y los malos hábitos alimenticios, son la obesidad, la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia, sin embargo, en aquellos adultos que fueron solo amamantados el índice de padecerlas es menor.

La lactancia es muy importante en los primeros meses de vida, sin embargo, la duración del tiempo amamantando está directamente relacionada con los beneficios posteriores. En el caso de la obesidad, se ha demostrado que por cada mes extra de lactancia disminuye un 4% el riesgo de sufrir sobrepeso en edades adultas.

En cuanto a patologías cardíacas, en la evaluación de un estudio en el que se incluyeron a niños prematuros desde el nacimiento hasta la adolescencia, se visualizó que los alimentados con leche del banco de leche presentaron menores presiones arteriales medias y diastólicas, que aquellos alimentados con fórmula para prematuros, sin embargo, no se pudieron encontrar los mismos resultados para la presión arterial sistólica.

Es muy importante destacar que la lactancia materna también es beneficiosa para la madre, actuando como factor preventivo de hemorragias, anemias, cáncer de mama y ovario, diabetes tipo II, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las funciones del trabajo enfermero cabe destacar la promoción de la salud, en las consultas de atención primaria, los principales promotores de la lactancia materna y el bienestar infantil deben ser el médico de familia y el equipo al completo de pediatría.

La Educación Sanitaria es uno de los pilares fundamentales del trabajo enfermero en atención primaria, es nuestro deber mantener informadas a las madres con las técnicas nuevas que pueden influir en la alimentación de su hijo.

De forma global se recomiendan técnicas de succión, mejoras posturales, se dan claves para identificar una buena succión, y se advierte de los factores de riesgo. Así como, se facilita el material necesario para una buena alimentación materna.

6 Bibliografía

1. Brahm, Paulina, & Valdés, Verónica. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>.
2. Minchala-Urgiles, R. E., Ramírez-Coronel, A. A., Caizaguano-Dutan, M. K., de los Ángeles Estrella-González, M., Altamirano-Cárdenas, L. F., Pogoy-Morocho,

G. L., ... & Romero-Galabay, I. M. (2020). La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39(8).

Capítulo 99

VACUNA PARA EL COVID-19: PROCESO DE CREACIÓN Y TIPOS

JAVIER MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

1 Introducción

A finales de diciembre de 2019, se detectó en Wuhan, China, un agente infeccioso emergente que pondría en jaque al mundo entero. Se trataba del virus SARS-CoV-2, mejor conocido popularmente como Covid-19, y cuya infección provocaba el síndrome respiratorio agudo.

Severo, siendo declarado pandemia global el 11 de marzo de 2020.

Toda la población mundial se paralizó con la llegada del Covid-19 a nuestras vidas, causando una gran preocupación ante el desconocimiento de cómo se iban a desarrollar los acontecimientos, aunque rápidamente se descubrió que iba a afectar de forma importante a numerosas esferas de nuestras vidas, como la economía, el mercado global, los cuidados de salud, las industrias, etc.

En términos de prevención, la herramienta fundamental, además del uso obligatorio de mascarilla, la higiene de manos y el distanciamiento social, ha sido el desarrollo de vacunas.

Desde el primer momento, la búsqueda de una vacuna para frenar la expansión y disminuir la sintomatología y la mortalidad de este virus fue el principal objetivo de los gobiernos mundiales.

El desarrollo y posterior creación de esta vacuna marcó un antes y un después en el mundo de la sanidad, puesto que todo el proceso fue una carrera contrarreloj nunca antes vista, concluyendo en una vacuna eficaz en tiempo récord.

En España, la campaña de vacunación comenzó el 27 de diciembre de 2020, centrándose principalmente en la población de riesgo: ancianos, pacientes con comorbilidad y el personal sanitario. En enero de 2023, la cifra de población española vacunada del COVID-19 ascendía al 85,49% de la población total.

2 Objetivos

- Conocer y explicar el proceso de creación, desarrollo y producción de una nueva vacuna.
- Mostrar las distintas características de las vacunas SARS-CoV-2 existentes en la actualidad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consistiendo en la recopilación de información ya existente sobre un tema en concreto, pudiendo obtener dicha información de diferentes fuentes tales como revistas especializadas, libros, artículos científicos o trabajos académicos.

La información se ha obtenido principalmente de artículos científicos extraídos de diferentes buscadores bibliográficos enfocados en el mundo sanitario; Pubmed, Medline, Cochrane y Science Direct.

Las palabras claves usadas para la búsqueda de artículos han sido “Covid-19” “vacuna” “pandemia”.

4 Resultados

El proceso de creación y desarrollo de una vacuna es sumamente laborioso y complejo. Es fundamental para los laboratorios farmacéuticos seguir todos los

pasos para la correcta elaboración y producción de una vacuna.

Las autoridades regulatorias de fármacos garantizan la calidad en el desarrollo y posterior producción de vacunas, además de en otros procesos como etiquetado y control de seguridad.

Las principales autoridades regulatorias a nivel global son la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Administración de Fármacos y Alimentos de los Estados Unidos (US-FDA) Y la Agencia Europea del Medicamento (EMA). En España, dicha autoridad es la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

En cuanto al proceso de investigación y desarrollo, se puede dividir en dos fases principales, una fase preclínica, realizándose pruebas *in vitro* e *in vivo* en animales, y una fase clínica, realizando ensayos clínicos en seres humanos.

En términos generales, el proceso de elaboración de una vacuna supone entre 4 y 7 años de media. La vacuna frente al Covid-19 tardó en aparecer menos de un año, un periodo de tiempo récord, puesto que la anterior vacuna producida en menos tiempo había sido la vacuna de la parotiditis, elaborada en 4 años.

Este proceso se ha llevado a cabo de manera tan rápida debido a dos fenómenos principales: el acortamiento de cada una de las fases que conforman dicho proceso, y el solapamiento entre los procesos a llevar a cabo durante la creación de una nueva vacuna.

Debido a estos fenómenos, el proceso de investigación clínica se redujo de 14 a 8 meses.

Además, paralelamente, mientras los procesos de investigación y desarrollo se llevaban a cabo, la EMA se encargó de realizar evaluaciones continuas para garantizar la calidad y seguridad de la vacuna.

En cuanto a las características de las vacunas producidas, la principal diferencia entre ellas es que la elaborada por la farmacéutica Astrazeneca, junto a la Universidad de Oxford, emplea ADN de la espícula del virus insertado en un adenovirus atenuado, mientras que las vacunas de las compañías Moderna y Pfizer, funcionan con moléculas de ARN de la espícula del virus envueltas en membranas lipídicas.

Las principales características de cada vacuna son las siguientes:

- Astrazeneca: se trata de una vacuna de vector viral que emplea ADN de la espícula del virus, tiene un 80% (aproximado) de eficacia a partir de los 15 días tras la segunda dosis, se administra en 2 dosis separadas por mínimo 3 meses y se puede administrar a partir de los 18 años.
- BioNTech-Pfizer: Se trata de una vacuna que emplea ARN mensajero, modificando la proteína S encapsulada en partículas lipídicas, tiene un 94,6% de eficacia a partir de los 7 días tras la segunda dosis, se administra en 2 dosis separadas por mínimo 3 semanas y se puede administrar a partir de los 16 años.
- Moderna: Se trata de una vacuna que emplea ARN mensajero, modificando la proteína S encapsulada en partículas lipídicas, tiene un 93,6% de eficacia a partir de los 14 días tras la segunda dosis, se administra en dos dosis separadas por mínimo 4 semanas y se puede administrar a partir de los 18 años.

5 Discusión-Conclusión

Con respecto a lo anteriormente desarrollado, podemos concluir que:

- La vacuna frente al Covid-19 es la principal herramienta como medida de protección y prevención, aunque es primordial mantener hábitos de higiene sanos, como el lavado de manos.
- El desarrollo de la vacuna frente al Covid-19 se ha cumplido en tiempo récord, gracias al acortamiento de plazos, aceleración de la investigación y la implementación de medidas excepcionales.
- Las vacunas desarrolladas tienen un alto porcentaje de eficacia, desde un 94,6% la producida por BioNTech-Pfizer, 93,6% la producida por Moderna y 80% la vacuna producida por Astrazeneca (junto a la universidad de Oxford).

6 Bibliografía

1. Comité Asesor de Vacunas de la AEP [Internet]. Madrid: CAV-AEP; 2019. Manual de Vacunas en Línea de la AEP. Sección VII. Miscelánea. Capítulo 47. Investigación en Vacunas.
2. M Slaoui, M Hepburn. Developing Safe and Effective Covid Vaccines — Operation Warp Speed's Strategy and Approach. N Engl J Med. 2020.

3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Madrid: AEMPS; [consulta, 21/09/2023]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/>.
4. Z Shervani, I Khan, T Khan, UY Qazi. Covid-19 vaccine. *Adv Infect Dis.* 2020; 10: 195-210. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103020>.

Capítulo 100

ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UTILIZACIÓN DE VIA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

LAURA TRUJILLO SERRANO

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

M^a ELISABETH SERRANO MORA

1 Introducción

En la actualidad se solicita más cuidados paliativos debido a la esperanza de vida, además del envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas.

Con los cuidados paliativos lo que conseguimos es una mejora en la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares; mitigando el dolor, enseñándoles a ver la muerte como un proceso normal, que con estos cuidados ni se acelera ni se retrasa la muerte.

Los cuidados paliativos engloban tanto enfermedades oncológicas como todas aquellas enfermedades crónicas que evolucionan con insuficiencias orgánicas.

Estos cuidados lo reciben muy pocos pacientes debido al desconocimiento de las ventajas que pueden producir, piensan que solo se dan en las etapas cercanas a la muerte y la desconfianza (creencia de que el paciente se vuelve toxicómano.) En los últimos días, el tratamiento que recibirá el paciente será únicamente sintomático.

En las últimas fases de la enfermedad un gran número de estos pacientes no son capaces de usar la vía oral como administración de fármacos y tenemos que recurrir al uso de otra vía de administración, en nuestro caso será la vía subcutánea. Esta vía es de uso fácil, eficaz y segura.

Presenta menos riesgos de complicaciones locales y sistémicas y puede ser usada tanto bolos como en infusión continua.

Esta vía se puede usar en el domicilio y también puede utilizarla el cuidador principal (siempre que haya sido entrenado por los profesionales y tengan el apoyo de estos).

2 Objetivos

- Comunicar una serie de recomendaciones para la implementación de la vía subcutánea en el manejo del paciente con enfermedad avanzada, terminal, en proceso de últimos días.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Scielo, Pubmed, con el fin de localizar artículos que abordaran el empleo de la vía subcutánea en cuidados paliativos.

También se emplearon motores de búsqueda como Google Académico y páginas web especializadas como la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y Guías de Práctica Clínica.

4 Resultados

En la utilización de la vía subcutánea observaremos una serie de indicaciones y contraindicaciones en su uso, a continuación mostraremos dichas indicaciones:

Incapacidad de administrar fármacos por la vía oral (alteraciones gástricas: náusea y vómitos persistentes; alteraciones neurológicas: convulsiones, delirium,

confusión, sedación paliativa, agonía.)

Disfagia severa.

Odinofagia

Síndrome de obstrucción intestinal

Fístulas esófago-traqueales o entero-cutáneas.

Necesidad de administración de grandes dosis orales.

Dificultad para control de síntomas por otra vía.

Debilidad extrema.

A continuación enumeraremos algunas de las contraindicaciones:

Pacientes caquéticos en tejido subcutáneo que nos encontramos es escaso o nulo.

Situación de shock e hipoperfusión periferia.

Claudicación familiar o mala adaptación del paciente.

Presencia de edema severo/ anasarca.

Alteraciones de la coagulación.

Alteraciones locales: Celulitis, zonas endurecidas, ulceradas, zonas infiltradas por el tumor o con pérdida de continuidad, zonas en las cuales se esté aplicando radioterapia o radiodermatitis, zonas sometidas a cirugía radical (mientras perdure la induración del tejido.)

Además de las indicaciones y contraindicaciones que hemos nombrado anteriormente, en el uso de la vía subcutánea también veremos una serie de ventajas e inconvenientes que expondremos a continuación:

VENTAJAS:

Vía de poca agresividad, apenas dolorosa, fácil utilización y segura en domicilio, además de buena aceptación por parte del paciente y familiares.

No es necesaria la hospitalización del paciente

No impide la movilización del paciente.

Puede durar de 7 a 12 días, por lo tanto, presenta menos riesgo de infección.

Los niveles plasmáticos de algunos fármacos son comparables a los obtenidos en la vía venosa; la absorción tarda en conseguir picos en plasma de una media de entre 15 y 30 minutos.

Permite administración de hipodermocclisis de 500 a 1500 ml/día por cada vía y hasta 3000 ml/día con dos vías diferentes.

Permite combinaciones farmacológicas en infusores.

Evita el metabolismo del 1º paso hepático, por lo tanto, menos náuseas y vómitos.

DESVENTAJAS:

Reacciones locales: enrojecimiento, necrosis, induración, absceso, dolor, hematoma.

Volumen limitado de administración: 2 ml en bolo y 1.500 ml en infusión continua.

Número limitado de fármacos.

Hay que tener especial cuidado en pacientes inmunodeprimidos por alteraciones de la coagulación.

Es fácil la desconexión y salida accidental.

No es posible su uso en casos de shock, eritema, edema, etc.

A continuación explicaremos la técnica utilizada para la colocación de la vía subcutánea:

Las zonas más habituales donde realizaremos la punción son: zona infraclavicular, zona deltoidea, cuadrantes superiores de abdomen, cara anterior de los muslos y zona escapular. Debemos que tener en cuenta las posturas y los movimientos para así evitar las prominencias óseas, pliegues y articulaciones. Aconsejaremos el uso zonas más centrales, evitando dentro de lo posible las zonas más distales. En los pacientes caquéticos intentaremos evitar la zona infraclavicular, ya que aquí el tejido graso es más fino, en estos pacientes la zona de elección será el abdomen.

Los cuidados que vamos a realizar en la vía subcutánea son los siguientes:

Examinaremos el lugar de punción muy a menudo (usaremos apósitos transparentes.)

Daremos unas pautas tanto al paciente como a los familiares de los cuidados, complicaciones y mantenimiento de dicha vía.

Vigilaremos la aparición de complicaciones como pueden ser: desconexión accidental, eritema, endurecimiento, reflujo de sangre, infección local, salida de líquido en zona de punción...

Enseñaremos a la familia el manejo de la vía. El familiar o familiares que vayan a manipular esta vía lo harán delante de nosotros para así asegurarnos de que lo hacen de forma correcta. Facilitaremos información por escrito tanto para la familia como para los equipos de urgencias que no están entrenados en su uso.

A la hora de administrar los fármacos por esta vía encontraremos diferentes modos:

Bolos: Esta técnica consiste en la administración de medicación mediante inyecciones periódicas. Solo permite pequeños volúmenes, máximo 2-3 ml. Esta técnica tiene un mayor efecto en el dolor agudo. No es necesario diluir el fármaco. Después administrar el fármaco hay que introducir 0.5 ml de suero para lavar el sistema y así asegurarnos de que toda la dosis llega al tejido subcutáneo.

Infusión continua: Esta técnica nos permite administrar combinaciones farmacológicas. La velocidad máxima de goteo: 80 ml/hora o 40 gotas por minuto. Para casos de hidratación: 40-60 ml/hora, usando un volumen máximo de 1000-1500 ml/24 horas.

Hipodermocclisis: Esta técnica está indicada para casos de rehidratación, hipercalcemia tumoral, neurotoxicidad por opiáceos.

Los fármacos que más vamos a utilizar en la vía subcutánea son:

Morfina (10 mg/1 ml): En casos dolor moderado/severo, disnea.

Tramadol (100 mg/2 ml): Dolor moderado

Ketorolaco (30 mg/ml 60 mg/ml): en casos de dolor, fiebre.

Haloperidol, 5 mg/ml: en caso de Delirium.

Metoclopramida 10 mg/2 ml: Náusea y vómitos.

N-butilbromurohioscina (10 mg/ml - 20 mg/5 ml): En secreción respiratoria, estertores, premorten, obstrucción intestinal, dolor tipo cólico.

Dexametasona (4,8,20/mg/ml): Obstrucción Intestinal, anorexia.

Midazolam(15 mg/3 ml): En ansiedad, agitación, espasmos, mioclonías, convulsiones. Como sedación paliativa

Ranitidina(50 mg/ml): En Prevención úlcera gástrica, dispepsia.

Furosemida (20 mg/2 ml). En fallo cardiaco, edemas, fallo renal.

Levetiracetam.

Ondansetrón.

Fentanilo.

Oxicodona.

Ketamina.

Clonazepam.

Bupivacaina.

Nos encontramos algunos fármacos que están contraindicados en la administración por vía subcutánea como son: Diazepam (produce una reacción dérmica local), Clorpromazina y Metamizol (producen necrosis grasa.)

Como hemos dicho anteriormente esta vía nos permite la mezcla de algunos fármacos, a continuación os mostraremos algunas de las mezclas más usadas:

- Morfina + midazolam + butilescopolamina
- Morfina + midazolam + levomepromazina
- Morfina + midazolam + metoclopramida
- Morfina + haloperidol + butilescopolamina
- Morfina + haloperidol + midazolam
- Morfina + haloperidol + midazolam + metoclopramida
- Morfina + haloperidol + midazolam + butilescopolamina
- Morfina + midazolam + butilescopolamina + metoclopramida
- Morfina + butilescopolamina + metoclopramida + haloperidol
- Morfina + haloperidol + midazolam + metoclopramida + butilescopolamina

Dosis de 15 mg de haloperidol y 30 mg de butilescopolamina máximo al día.

5 Discusión-Conclusión

La vía oral es la principal vía de elección en cuidados paliativos, siendo la vía subcutánea la mejor alternativa cuando la vía oral es insuficiente o no es posible. Un gran número de pacientes en esta situación pueden ser candidatos de su uso. Algunas de las razones, por las que la vía subcutánea es la primera alternativa ante la vía oral, son las originadas de su seguridad, eficacia, sencillez, escasas complicaciones, elevada aceptación, así como por permitir una mayor autonomía y confort del paciente.

La vía subcutánea es un factor fundamental para el control de los síntomas en enfermedades progresivas, incurables o potencialmente mortales. Además, evita ingresos hospitalarios cuando se pierde la vía oral, dando la posibilidad de fallecer en el hogar, lo que suelen desear más de la mitad de los pacientes en cuidados paliativos. También permite que cuidadores familiares manejen esta vía en su domicilio.

Hay una gran necesidad tanto de educación como de formación para hospitales y personal de atención domiciliaria.

La prescripción de los cuidados paliativos debe ser estandarizada para que el trabajo de los equipos de cuidados paliativos sea más seguro.

6 Bibliografía

1. Álvarez Colorado M, Amoedo Alberio MC, Cano Tébar AM, Gandía Herrero M, García Verde I, Gil López J, et al. Guía de recomendaciones prácticas. Uso de la vía subcutánea. Martínez Cruz MB. Coordinadora. Madrid: IM&C; 2021.
2. Peralta, T., Castel-Branco, M.M., Reis-Pina, P. et al. Prescripción trends at the end of life in a palliative care unit: observational study. BMC Palliat Care 21, 65 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00954-z>.
3. Ruiz Márquez MP, Cuervo Pinna MA, Sánchez Correias MA, Sánchez Poñsada R, Varillas López MP, Hernández García P, et al. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en CP. 1ª Rev. Extremadura. Diciembre de 2010.
4. SECPAL Uso de la Vía Subcutánea en cuidados paliativos (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) WWW.SECPAL.COM.
5. Revista Clínica de Medicina de Familia versión On-line ISSN 2386-8201versión impresa ISSN 1699-695X Rev Clin Med Fam vol.2 no.8 Barcelona oct. 2009.

Capítulo 101

¿ESTÁ RELACIONADO EL CONSUMO DE ULTRAPROCESADOS CON LA DEPRESIÓN?

JULIA LERIDA CAMUÑAS

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

JAVIER MARTÍN MACÍAS

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

1 Introducción

El trastorno depresivo, también conocido como depresión, es una afección mental frecuente que se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido o la pérdida prolongada de interés o placer en actividades cotidianas.

La depresión se diferencia de las variaciones normales del estado de ánimo y las emociones que experimentamos en la vida diaria. Puede tener un impacto significativo en diversas áreas de la vida, incluyendo relaciones familiares, amistades, interacciones comunitarias, así como en el rendimiento académico y laboral, ya sea como causa o consecuencia de estos problemas.

Aunque cualquier persona es susceptible de desarrollarla, las personas que han sufrido abusos, algún evento traumático o pérdidas importantes son más propensas. De igual forma ocurre con las mujeres y en menores de 45 años.

El tratamiento con medicamentos psicotrópicos y/o terapia psicológica generalmente logra aliviar en gran medida o completamente los síntomas en la may-

oría de los casos. Después de superar los síntomas de la depresión, es recomendable continuar el tratamiento antidepresivo durante el tiempo necesario para prevenir posibles recaídas. En algunas situaciones, puede ser necesario mantener el tratamiento de forma indefinida.

Los síntomas son: una tristeza patológica, irritabilidad, visión pesimista del futuro, pérdida de confianza en uno/a mismo/a y en los demás, disminución de la vitalidad, falta de interés, cambios en el patrón de sueño, insomnio severo o falta de apetito. Aunque muchas personas puedan tener alguno de estos síntomas durante el día, es importante recalcar que si sufres depresión padecerás todo esto durante la mayor parte del día y de manera prolongada en el tiempo.

Se estima que aproximadamente un 4% de la población tiene depresión, unos 300 millones de personas. Es un 50% más común en mujeres que en hombre y se calcula que en 2030 será la mayor causa de enfermedad.

Los hábitos alimenticios de la población han experimentado un cambio gradual, sustituyendo la ingesta de alimentos naturales, apenas procesados y cocinados de forma tradicional en el hogar, por productos alimentarios manufacturados y listos para su consumo. Esta tendencia ha ido en aumento en las últimas décadas, empeorando la calidad de las dietas que imperan en los hogares.

La aceptación y seguimiento de la dieta mediterránea ha experimentado un marcado descenso durante este período debido a una serie de factores, siendo los más importantes la globalización y cambios en la industria alimentaria.

El término "alimentos ultraprocesados" es relativamente reciente y no tiene una definición única y universal. Pero todas tienen en común que son alimentos con una baja concentración de nutrientes en relación con su contenido calórico, que es más elevado que el de los alimentos no procesados. Se caracterizan por ser muy atractivos y adictivos, y tras varios procesos pierden la gran mayoría de las características iniciales del alimento.

2 Objetivos

- Conocer la relación que existen entre el consumo de ultraprocesados y la posibilidad de sufrir depresión.
- Informar sobre la importancia de tener una dieta saludable y equilibrada, no basada en ultraprocesados.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre cómo pueden afectar el consumo de ultraprocesados al riesgo de sufrir depresión. 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 (Descriptor en Ciencias de la salud). Obteniendo así: ‘ultraprocesados’, ‘depresion’, ‘trastorno mental’, y ‘dieta’.

4 Resultados

Varios estudios han demostrado una clara relación entre el consumo de ultraprocesados y la depresión. Se ha comprobado que el consumo de alimentos altamente procesados está asociado con modificaciones en el volumen de sustancia gris en la amígdala cerebral.

Uno de los principales hallazgos es la relación entre un aumento en el consumo de alimentos muy procesados y la mayor manifestación de síntomas depresivos, así como una reducción en el volumen de áreas cerebrales implicadas en la percepción de recompensa y en la regulación del conflicto, siendo ambas fundamentales en la toma de decisiones, incluyendo las relacionadas con la alimentación.

Como anteriormente mencionamos, los ultraprocesados son alimentos muy calóricos pero con muy poco valor nutricional, con gran aporte de grasas, azúcar, aditivos, pero no fibra, vitaminas o minerales. Por esto, El consumo regular, puede tener un impacto negativo en la salud, incluyendo la salud mental, ya que estos productos pueden alterar la composición de la microbiota intestinal.

Una microbiota intestinal balanceada actúa como una barrera que previene la entrada de sustancias perjudiciales en el torrente sanguíneo, lo que contribuye al desarrollo de lo que se conoce como inflamación crónica de bajo nivel, una forma de inflamación mantenida en el tiempo que es perjudicial para el organismo.

Se ha demostrado que la depresión es una enfermedad con un componente inflamatorio, y una de las vías implicadas en este proceso es la microbiota intestinal, aunque existen otros mecanismos involucrados.

A pesar de que tener unos malos hábitos alimentarios favorezca el desarrollo de

enfermedades relacionadas con la salud mental, no hay que pensar que por llevar una buena dieta somos inmunes a estos.

Aún no hay unos patrones alimentarios establecidos para curar o prevenir los trastornos depresivos, pero si sabemos que evitar ciertos tipos de alimentos nos ayudará a no desarrollarlos.

5 Discusión-Conclusión

La depresión es un trastorno mental común que afecta a una gran parte de la población y tiene un impacto significativo en varios aspectos de la vida de quienes la padecen.

Los síntomas de la depresión incluyen tristeza persistente, irritabilidad, visión pesimista del futuro, etc. Estos síntomas son experimentados de manera prolongada y en la mayoría del día por quienes padecen depresión.

Los hábitos alimenticios de la población han evolucionado en las últimas décadas, alejándose de una dieta basada en alimentos naturales y mínimamente procesados. Esta tendencia ha contribuido al deterioro de la calidad de las dietas que prevalecen en los hogares.

El término "alimentos ultraprocesados" se refiere a productos con una baja densidad de nutrientes en relación con su contenido calórico. Además, estos alimentos a menudo contienen aditivos para mejorar su sabor y atractivo, lo que los hace altamente palatables y potencialmente adictivos.

Investigaciones recientes han establecido una relación entre el consumo de alimentos ultraprocesados y la depresión, mostrando que estos alimentos pueden afectar la estructura de regiones cerebrales específicas, como la amígdala, y contribuir a la inflamación crónica de bajo nivel en el cuerpo. Dado que la depresión se ha vinculado con un componente inflamatorio, la microbiota intestinal también desempeña un papel en este proceso.

Aunque no existen patrones dietéticos específicos para prevenir o tratar la depresión, es evidente que evitar el consumo de alimentos ultraprocesados puede ser beneficioso para la salud mental. Es fundamental comprender la importancia de mantener una dieta equilibrada y basada en alimentos naturales y mínimamente procesados como parte de una estrategia integral para prevenir los trastornos depresivos y promover el bienestar mental.

Es vital que tanto los médicos especializados en endocrinología como el personal de enfermería conozca la relación que existe entre el consumo de alimentos procesados y el desarrollo de la depresión, para poder dar las pautas adecuadas a sus pacientes.

6 Bibliografía

1. ¿Tiene relación el consumo de ultraprocesados con la depresión y cambios en el cerebro? Enfermería21. 2023. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diariodicen/ultraprocesados-depresion-estudio/>
2. Liu H, Tian Y-R, Deng C-Y, Xie H-C, Long Q-J, Yao Y, et al. Ultra-processed food intake and risk of depression: a systematic review. *Nutr Hosp*2022. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000100021&script=sci_arttext
3. Ramón-Arbués E, Martínez Abadía B, Granada López JM, Echániz Serrano E, Pellicer García B, Juárez Vela R, et al. Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students. *Nutr Hosp*. 2019. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112019000600017&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Ma. VG. Hábitos alimentarios, actividad física y binomio ansiedad/ depresión como factores de riesgo asociados con el desarrollo de obesidad en población militar 2019. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v70n1/original3.pdf>

Capítulo 102

ENFERMERÍA: CARDIOVERSIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA

JUAN SATURIO SANTOS

MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN

RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA

CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO

1 Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica para la cual buscamos artículos en diferentes bases de datos como Cuiden, Pubmed, Scielo y Medline y en revistas académicas como Elsevier.

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

Artículos científicos que tratasen sobre la cardioversión.

Artículos en español.

Artículos publicados en los últimos 10 años.

También utilizamos una serie de criterios de exclusión que fueron:

Artículos que no mostrasen el texto completo.

Artículos de páginas de pago.

4 Resultados

Tras la lectura de varios artículos hemos encontrado que en el caso de urgencias vamos a utilizar este tipo de terapia de forma urgente y sin ser programada como se realiza en otros servicios como unidad de cuidados intensivos (UCI).

A la hora de llegar un paciente sospechoso (manifiesta, dolor en el pecho, malestar general, palpitaciones, etc.) lo pasaremos a un box para tomar constantes: tensión arterial (TA), temperatura (T^a), saturación de oxígeno (SpO_2) y frecuencia cardíaca (FC), realizaremos un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y analizaremos una vía de la cual sacaremos una analítica completa (hemograma, coagulación y bioquímica) es importante obtener una buena muestra de coagulación, puesto que en el caso de realizar cardioversión es conveniente tener un factor de coagulación (INR) entre 2 y 3.

Tras los resultados, si observamos en el ECG alguna de las arritmias antes nombradas, valoraremos el estado hemodinámico del paciente para comprobar si está estable o no. Si el paciente presenta hipotensión, palidez, sudoración, dolor torácico, signos de descenso de la conciencia, significa que está en riesgo hemodinámico. En este caso se realizará directamente la cardioversión eléctrica 5.

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

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

Por último, en el caso de que no sea efectivo y, como vimos anteriormente, ante riesgo hemodinámico se realizará la cardioversión eléctrica. Se volverá a explicar al paciente todo el proceso como anteriormente. Se administrará oxígeno al paciente durante

5 minutos aproximadamente. A continuación se preparará la medicación y se administrará. La medicación consiste en sedantes: propofol o midazolam (dormicum) y analgésicos fuertes como morfina o fentanest, la dosis la pautará el facultativo.

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

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

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

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

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

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

- Material para canalizar una vía y sacar analítica (tubos de analítica, aguja, alcohol, gases, compresor, etc.).
- Fármacos (sedantes y analgésicos nombrados anteriormente).
- Carro de paradas.
- Carro de intubación.

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

6 Bibliografía

1. Ramos, L. Plan de cuidados estandarizado a pacientes tratados con cardioversión eléctrica externa electiva. Santander. Junio 2019.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 103

ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDÍACOS

MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA

JUAN SATURIO SANTOS

MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN

RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA

CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO

1 Introducción

Las causas de los trasplantes de corazón pueden ser uno de los problemas cardiovasculares que afectan a los músculos del corazón. Los dos problemas cardiovasculares más comunes son la enfermedad de las arterias coronarias (acumulación de placa en las arterias del corazón) y la enfermedad cardíaca idiopática (enfermedad del músculo cardíaco de origen desconocido).

A medida que la enfermedad cardiovascular empeora, el corazón se debilita y pierde la capacidad de bombear sangre oxigenada al resto del cuerpo. Cuando el corazón trabaja más para bombear sangre por el cuerpo, se agranda (hipertrofico).

Con el tiempo, el corazón se ha esforzado tanto en bombear sangre que se desgasta y resulta imposible satisfacer incluso las necesidades básicas del cuerpo.

A veces, los medicamentos, los dispositivos mecánicos, cardíacos y otros procedimientos ayudan y mejoran la salud del paciente. Sin embargo, si estas medidas

no son efectivas, un trasplante de corazón es la única opción.

El trasplante cardíaco (TC) es la principal opción en la insuficiencia cardíaca si la supervivencia y la calidad de vida del paciente no mejoran con otras alternativas terapéuticas tradicionales.

El número de personas que padecen esta patología está aumentando, y su incidencia y prevalencia son muy elevadas en los países desarrollados. Una de las desventajas es que no todos los pacientes pueden recibir esta terapia.

Desafortunadamente, el número de pacientes que lo padecen está aumentando debido a la esperanza de vida y al envejecimiento de la población. En España, la insuficiencia cardíaca se equipara a las neoplasias.

La agudización de factores de riesgo como la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, que son las principales causas de insuficiencia cardíaca en España, son la única forma de controlar el crecimiento de la enfermedad en el futuro.

Varios tratamientos para aliviar la insuficiencia cardíaca han mejorado la supervivencia de estos pacientes. Sin embargo, solo una pequeña cantidad de pacientes puede beneficiarse de un trasplante de corazón. Recuerde que esta técnica no está exenta de riesgos, ya que no es inofensiva y puede causar muchos problemas diferentes que requieren un enfoque multidisciplinario para su control.

2 Objetivos

Mostrar los cuidados necesarios que debe ofrecer el personal de enfermería a un paciente que haya sido sometido a un trasplante cardíaco.

3 Metodología

Este documento se ha realizado empleando el modelo de búsqueda y revisión bibliográfica, analizando diferente información encontrada, empleando el motor de búsqueda Google académico y revisando varias bases de datos con información relacionada con el tema a tratar, como podríamos citar Scielo o Pubmed.

4 Resultados

Dentro de los cuidados enfermeros, se han establecido pautas para la atención y el tratamiento de los pacientes con trasplante de corazón. Dichas pautas son las siguientes:

- Evaluación hemodinámica: mantenga al paciente trasplantado en una condición estable desde el punto de vista hemodinámico, ya que puede ver rápidamente los cambios.
- Análisis renal y balance de líquidos: la función renal se ve alterada por los efectos secundarios de los inmunosupresores. Para contrarrestar esto, los proveedores de atención deben mantener un equilibrio hídrico equilibrado y registrar cuidadosamente la contribución y pérdida de líquido, la cantidad de diuresis liberada, la ingesta y el peso diario.
- Prevención de infecciones: la tasa de infección es alta en pacientes trasplantados. Se debe seguir una higiene cuidadosa al tratar al paciente. Por ejemplo: lavarse las manos, ponerse mascarilla, limitar visitas, curar heridas, etc. Los pacientes deben someterse a fisioterapia respiratoria para prevenir la acumulación de secreciones y evitar posibles infecciones.
- Encontrar y tratar el rechazo identificando rápidamente los signos o síntomas asociados con el rechazo.
- Refuerzo psicológico: estos pacientes suelen tener cambios psicológicos porque portan órganos de otras personas. El cuidador brindará un apoyo positivo al paciente a través de la educación sanitaria y el apoyo ante las dudas o inquietudes que puedan surgir.
- Asegurar una nutrición adecuada: después de un trasplante de corazón realizado con una ingesta adecuada de nutrientes y calorías, es importante prevenir la pérdida de peso. Una nutrición adecuada ayuda a la cicatrización de heridas y previene infecciones.

La atención de un paciente sometido a un trasplante de corazón se divide a su vez en diferentes fases, dependiendo de dónde se encuentre el paciente:

- Preparación del paciente: antes de realizar el trasplante en el quirófano, el cuidador debe tener el historial cardíaco del paciente y haber realizado todas las pruebas apropiadas relacionadas con los signos vitales y los estudios analíticos. El paciente debe acudir a la intervención en ayunas, debidamente afeitado y con una ducha aséptica, y con la debida premedicación. Debe comprobarse si el paciente ha firmado la declaración de consentimiento.
- Ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intensivos después del procedimiento: el ingreso a la unidad de cuidados intensivos lo realizan dos enfermeras, un técnico asistente y un médico. La primera acción es: convertir el ventilador portátil en un solo ventilador; monitorizar funciones vitales:
- Comprobar si hay sangrado y cuánto sangra el seno. Control de infusiones, ritmo y cantidad de fármacos; Control de vejiga y sonda nasogástrica; Escriba todo en la mesa del paciente.

- Cuidados durante las primeras horas: seguimiento y registro de funciones vitales, diuresis, sangrado por bypass gástrico del drenaje; Cuidado y cable de alimentación; dar medicamentos recetados.
- Atención postoperatoria no inmediata: es la atención que se brinda desde el momento en que el paciente es dado de alta de la UCI y trasladado a la sala. Se deben considerar características importantes, control del balance hídrico, peso corporal, mantenimiento de líneas y catéteres. Durante este período, debemos centrarnos en la movilización del paciente, el entrenamiento y la fisioterapia respiratoria. La dieta del receptor del trasplante debe ser alta en proteínas y baja en sodio y grasas animales. Las enfermeras controlan las visitas de los pacientes y deciden qué ropa es adecuada para ingresar a la habitación y evitar la propagación de la infección. Además, el personal de atención educará al paciente y a la familia sobre todo lo que tiene que ver con el tipo de vida después del trasplante, higiene, medicación y elementos adicionales.

5 Discusión-Conclusión

Si bien el trasplante cardíaco es un método terapéutico altamente especializado y eficaz para la insuficiencia cardíaca en etapa terminal, el paro cardíaco y el paro cardíaco continúan siendo un desafío importante debido a la falta de corazones disponibles, los altos costos y la gran cantidad de profesionales involucrados. posible trasplante de complicaciones infecciosas, quirúrgicas e inmunológicas. El paciente trasplantado de corazón es tratado por un equipo interdisciplinario en el que la asistencia sanitaria juega un papel importante en la educación continua y la educación sanitaria, reduciendo riesgos y mejorando la calidad de vida del paciente.

La aplicación de un plan asistencial permite conocer, analizar y estandarizar la forma de trabajar para brindar una calidad asistencial óptima.

6 Bibliografía

1. Escobilla, E., Mastrni, N. (2016, Mayo). Trasplante cardíaco. Anales del Sistema Sanitario de Oviedo (Vol. 29, pp. 63-78). Gobierno de Oviedo.
2. Gordillo, L., Wild, J., Crespo, M., & Xokas, J. (2010). Situación actual del trasplante cardíaco en España. Revista Española de medicina, 63, 132-149.

Capítulo 104

LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ADOLESCENTES

MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA

JUAN SATURIO SANTOS

MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN

RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA

CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO

1 Introducción

Los Trastornos de Conducta – TC, se caracterizan por un patrón grave de comportamientos que conllevan la perturbación de la convivencia, la oposición a normas y límites, y el desafío a la autoridad.

Estas conductas se pueden ver reflejadas en: fracaso escolar, conductas disruptivas, violencia filio parental, consumo de drogas, no aceptación de límites o adicción a las nuevas tecnologías.

Tratamos estos trastornos a través de una intervención psicológica, médica y social, incluyendo el apoyo a las familias a lo largo de todo el proceso terapéutico. Reducir significativamente las conductas agresivas, ayudando a las personas afectadas a construir una identidad fuera de la violencia y la agresividad, y, por lo tanto, reducir la conflictividad familiar, recuperar el clima familiar (restablecer el orden, las jerarquías y el control de los impulsos y las emociones).

El tratamiento de los Trastornos de Conducta - TC se realiza de forma interdisciplinar y tiene como objetivo de intervención las diferentes áreas del individuo, en especial las relaciones sociales y familiares. Trabajamos para la recuperación de hábitos y rutinas, así como la eliminación del consumo de sustancias o el abuso de las nuevas tecnologías. Contamos con programas para la reducción de la impulsividad y la mejora en la gestión de las emociones. Estas intervenciones logran reducir conductas problemáticas como la violencia, las conductas temerarias o los conflictos con la ley.

Mediante un intenso trabajo familiar, nos orientamos a la recuperación de un clima familiar satisfactorio que restablezca el orden y las jerarquías. Ayudamos al adolescente en la mejora de las relaciones sociales, dotándolo de criterio para la elección y mantenimiento de amistades saludables. Favorecemos la motivación para la continuidad formativa y establecemos un plan socio-educativo que se dirija a un proyecto de futuro estructurado.

2 Objetivos

- Diseñar un proyecto que aporte la solución conducta de los adolescentes y su incidencia en el rendimiento escolar.
- Analizar la conducta de los adolescentes en el campo académico.
- Identificar el bajo rendimiento escolar que existe en los colegios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

SÍNTOMAS:

Los niños con trastorno de conducta tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y despreocupados por los sentimientos de los demás.

Los síntomas pueden incluir:

- Rompimiento de las reglas sin una razón clara

- Comportamiento cruel o agresivo hacia personas y animales (por ejemplo, intimidar, pelear, usar armas peligrosas, forzar la actividad sexual y robar) ausentismo escolar (inasistencia, que comienza antes de los 13 años)
- Consumo excesivo de alcohol y/o de drogas psicoactivas
- Inicio de incendios de manera deliberada
- Mentiras para conseguir un favor o evitar tareas que tiene que hacer
- Escaparse
- Vandalismo o destrucción de la propiedad

Estos niños a menudo no hacen ningún esfuerzo por ocultar su comportamiento agresivo. Ellos pueden tener dificultad para hacer amigos verdaderos.

PRUEBAS Y EXÁMENES

No existe ningún examen real para diagnosticar el trastorno de conducta. El diagnóstico se hace cuando un niño o adolescente tiene un antecedente de comportamientos de dichos trastornos.

Una exploración física y exámenes de sangre pueden ayudar a descartar afecciones que sean similares al trastorno de conducta. En raras ocasiones, un escáner cerebral ayuda a descartar otros trastornos.

TRATAMIENTO:

Para que el tratamiento sea efectivo, se debe iniciar en forma temprana. Igualmente, es necesario que la familia del niño esté comprometida. Los padres pueden aprender técnicas para ayudar a manejar la conducta problemática de su hijo.

En casos de maltrato, es posible que sea necesario retirar al niño de la familia y ubicarlo en un ambiente menos caótico. El tratamiento con medicamentos o la terapia conversacional se pueden utilizar para la depresión y el trastorno de déficit de atención.

Muchas escuelas de "modificación del comportamiento" a través de "programas educativos y terapéuticos como salidas al campo" y "campamentos de entrenamiento de reclutas" se ofrecen a los padres como solución para este trastorno de conducta. No existen investigaciones que apoyen estos programas. Los estudios sugieren que es más efectivo el tratamiento de los niños en el hogar junto con sus familias.

Los niños que reciben un diagnóstico y tratamiento temprano generalmente superan sus problemas de comportamiento.

EXPECTATIVAS (PRONÓSTICO)

Los niños con síntomas graves o frecuentes y que no son capaces de completar el tratamiento suelen tener el pronóstico menos alentador.

POSIBLES COMPLICACIONES

Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a presentar trastornos de personalidad cuando lleguen a adultos, en particular el trastorno de personalidad antisocial.

A medida que sus comportamientos empeoran, estos individuos también pueden tener problemas con el consumo de drogas o legales.

La depresión y el trastorno bipolar se pueden desarrollar en los años de la adolescencia y a comienzos de la adultez. El suicidio y la violencia hacia los demás también son posibles complicaciones de este trastorno.

CUÁNDO CONTACTAR A UN PROFESIONAL MÉDICO:

Visite a un proveedor de atención médica si su hijo:

- Continúa se involucra en problemas
- Tiene altibajos en el estado anímico
- Está intimidando a los demás o es cruel con los animales
- Está siendo víctima
- Parece estar demasiado agresivo
- El tratamiento oportuno puede ayudar

PREVENCIÓN

Cuanto antes se inicie el tratamiento, mayores probabilidades tendrá el niño de aprender comportamientos de adaptación y evitar complicaciones potenciales.

5 Discusión-Conclusión

El ayudar al niño a comportarse de una manera aceptable es una parte esencial de su crianza. La disciplina varía con la edad. No hay una manera correcta de criar a los niños, pero los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan lo siguiente:

- Generalmente, los niños quieren complacer a sus padres. Los padres, si son sabios, integran este deseo de complacer a sus actividades disciplinarias.
- Cuando los padres demuestran su alegría y aprobación por el comportamiento que les agrada, esto refuerza el buen comportamiento del niño. Cuando los padres demuestran su desaprobación al comportamiento peligroso o desagradable del niño pequeño, tienen mayor posibilidad de éxito cuando el niño sea mayor.
- La forma en la que el padre corrige el mal comportamiento del niño o adolescente tiene que hacerle sentido al hijo. El padre no puede ser tan estricto, que el niño o el adolescente no sienta más adelante el amor y la buena intención del padre.

Los niños y adolescentes pueden hacer que sus padres se enojen. Los padres deben tener control de sí mismos cuando están enojados. Aunque un grito de "no" puede atraer la atención de un niño pequeño que está por cruzar la calle, puede conseguir intranquilizar al bebé que está llorando. Los niños mayores deben de saber lo que se espera de ellos. Los padres deben de ponerse de acuerdo y deben de explicarle claramente las reglas al niño o al adolescente.

6 Bibliografía

Pubmed

Capítulo 105

MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS PRODUCIDAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

1 Introducción

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

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

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

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

2 Objetivos

- Analizar las patologías producidas por el VIH por enfermería, las cuales se exponen y su afectación a los sistemas y funciones del organismo en cuanto a patología respiratoria, neurológica, cutánea, digestiva, cardiovascular, etc.

3 Metodología

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

4 Resultados

Por aparatos localizamos:

- Patología respiratoria. Es el origen de consulta más frecuente, sobre todo neumonía por pneumocystis jirovecii y carinii, bronquitis o traqueo- bronquitis agudas, TBC y neumonía bacteriana. Otros un poco menos habituales son neumonía por citomegalovirus, infección por micobacterias atípicas, nocardia, criptococosis pulmonar, sarcoma de Kaposi, candidiasis broncopulmonar, neumonía por

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

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

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

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

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

- Patología neurológica. Incluyen encefalitis aguda por VIH, encefalopatía subaguda o demencia causada por VIH, mielopatía subaguda, toxoplasmosis cerebral, criptococosis, encefalitis por citomegalovirus, linfoma cerebral primario, meningitis por micobacterias y leuco-encefalopatía multifocal progresiva. La consulta tiene lugar por aparición de focalidad neurológica o convulsiones, disminución del nivel de conciencia, síndrome meníngeo e incluso fiebre sin focalidad. Si el cuadro es muy difuso y sin focalidad unilateral, conviene ejecutar diagnóstico diferencial con intoxicación por opiáceos u otros fármacos. Se han de corregir los trastornos metabólicos. Junto a estos efectuamos una punción lumbar, tomografía axial computarizada (TAC) cerebral o resonancia magnética nuclear (RMN). La presencia de cefalea intensa no traumática, ataxia, fiebre, escaso síndrome meníngeo y un TAC con dilatación ventricular, sugiere la infección por criptococo. Una TAC con masas hipodensas, únicas o múltiples, con

captación periférica de contraste sugieren encefalitis por toxoplasma, iniciando un tratamiento pirimetamida y sulfadiazina. De modo concomitante se administran anticomieles y el edema cerebral se trata con dexametasona.

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

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

- Patología digestiva. La elevada incidencia de patología orofaríngea en el VIH obliga a una revisión muy detallada de la cavidad en todos los enfermos. Candidiasis orofaríngea, manchas blancas con un fondo eritematoso, y mucositis por herpes simple oral y anal, son las entidades más frecuentes. La primera se trata con nistatina o miconazol, reservando ketoconazol y fluconazol para casos más severos o rebeldes. Suelen ser patologías recurrentes. En el segundo caso, el tratamiento es aciclovir o famciclovir vía oral.

Otras patologías menos acostumbradas son leucoplaquia vellosa en los márgenes de la lengua, relacionada con papovavirus y el virus de Epstein-Barr, que no suele requerir tratamiento, salvo en ciertos casos rebeldes que lo haremos con aciclovir. El sarcoma de Kaposi, sobre paladar óseo, puede observarse en forma de masas sobreelevadas de color rojo y este tipo de tumor también puede ocasionar una hemorragia digestiva alta en función de su ubicación (sarcoma gástrico y/o duodenal). El esófago habitualmente está afectado por candidiasis, citomegalovirus y herpes. Se ha de iniciar el tratamiento con ketoconazol o fluconazol. La diarrea está presente en el 50 y hasta el 90 % de los enfermos con SIDA y en el 45 al 88 % de los casos puede llegar a identificarse el agente etiológico de la misma. Puede ocasionar diarrea crónica y conducir al síndrome de malabsorción. El tratamiento es con zidovudina. A veces, la diarrea se debe a infección intestinal por cryp-

tosporidium, isospora, salmonella, shigella, giardia, amebas, etc.

- Púrpura. La infección por VIH es el origen más frecuente de trombopenia. El cuadro es indistinguible de la púrpura trombopenia idiopática clásica, caracterizado y particularizado por la aparición de púrpura y equimosis, trombopenia y normalidad de las restantes series, médula

ósea con un incremento de megacariocitos y presencia de anticuerpos antiplaquetarios. Se emplea habitualmente prednisona a dosis de 1 mg/kg/día. Otras alteraciones hematológicas concomitantes son la anemia, leucopenia, trombopenia o inclusive la combinación de ellas.

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 106

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

YOLANDA TRAPERO MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

YOLANDA TORRES ORTEGA

1 Introducción

El dolor músculo-esquelético, la hiperalgesia y la alodinia son síntomas de la enfermedad crónica y complicada llamada fibromialgia. Además de la fatiga y los trastornos del sueño, este dolor suele acompañarse de parestesias, de rigidez, de dolores de cabeza, ansiedad, depresión, etc. Los entornos biológico, psicológico y social del paciente se ven afectados por esta enfermedad, rebajando la calidad de vida a nivel personal y profesional.

La fibromialgia tiene un gran impacto en la capacidad física, las interacciones sociales y el empleo, además para tratar esta enfermedad se necesita mayores recursos, costos de atención de la salud, demanda de atención y consultas de atención primaria y reumatología, junto con un aumento de las discapacidades de los trabajadores.

Los signos son erráticos y pueden mejorar o empeorar con el tiempo. El dolor mejora con el tiempo y empeora con el frío, la humedad, el ejercicio inadecuado

y el estrés.

Dado que el pronóstico mejora significativamente con un diagnóstico precoz, es crucial que todo el personal médico participe en el tratamiento de esta enfermedad.

Para asegurar que la calidad de vida del paciente mejore y se degrade, es importante ayudarlo a identificar sus necesidades y obtener unos mejores resultados terapéuticos más completos para el paciente.

2 Objetivos

Comprender las características de la fibromialgia y cómo afectan a la calidad de vida de los pacientes por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se ha realizado una investigación utilizando una revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada, usando las bases de datos más principales, PubMed, Medline, Google Scholar y Scielo y además una búsqueda minuciosamente en libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes con fibromialgia tienen más probabilidades de experimentar dolor y fatiga por la mañana, lo que puede dificultarles realizar tareas diarias como vestirse, lavarse o caminar, así como otras más complejas como ir de compras.

Las cosas que repercutirán en tus relaciones personales, como el trabajo, el ocio, el tiempo libre, la actividad sexual y el descanso, así como la medicación y las tareas del hogar.

Desde 1992, la fibromialgia figura en la lista de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Según EPISER, estudio realizado por la Sociedad Española de Reumatología en el año 2000, se estima que la prevalencia de la fibromialgia en la población adulta es de 2 por ciento. Aunque puede afectar a pacientes de todas las edades, su prevalencia alcanza su punto máximo en los años intermedios de la vida, que también es el período de mayor productividad laboral. Independientemente del sexo, la edad, el nivel de educación o la presencia de comorbilidades

del paciente, la fibromialgia afecta mucho a su capacidad para funcionar y su calidad de vida.

El dolor crónico generalizado es una de sus características y su etiología es desconocida que dura más de tres meses y hay puntos sensibles o gatillo.

La evaluación clínica y física del paciente forma la base para el diagnóstico. Para evitar procedimientos de diagnóstico inútiles y tratamientos perjudiciales, es práctico establecer un diagnóstico lo antes posible.

El uso adecuado de los fármacos aprobados por el médico es necesario para el tratamiento de la fibromialgia, aunque otros enfoques terapéuticos, como la terapia cognitivo-conductual, pueden potenciar su eficacia.

Los efectos de la fibromialgia son más pronunciados en las actividades y la calidad de vida que en el sistema motor.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería debe establecer una serie de medidas a través de la creación de planes de cuidados, entre los que se destacan la terapia cognitivoconductual, el ejercicio cardiovascular, las actividades educativas y las sesiones de terapia de apoyo. Estas intervenciones ayudan a los pacientes a controlar su dolor y sus síntomas, mejorar su calidad de vida y comprender mejor su enfermedad. Por su proximidad, su accesibilidad y su atención integral a toda la población, la enfermería juega un papel muy importante en la detección precoz de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la educación sanitaria del paciente. El tratamiento de la fibromialgia requiere un enfoque multidisciplinario y un gran equipo de profesionales, como es el personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Restrepo JC, Rojas JG. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? Invest Educ Enferm. 2011; 29(2): 305-314.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 107

ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON DIABETES EN EL EMBARAZO

YOLANDA TRAPERO MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

1 Introducción

La segunda mitad de la gestación requiere un estado fisiológico de la resistencia a la insulina para poder dirigir los nutrientes que se almacenan en la madre en la unidad fetoplacentaria y poder dar un crecimiento adecuado al feto; no obstante, las mujeres desarrollan una diabetes mellitus de tipo gestacional, la resistencia a la insulina se acentúa más, esto modifica el medio dentro del útero y causa un crecimiento acelerado del feto, con un riesgo elevado de macrosomía.

Existen algunos factores que son considerados de riesgo con este trastorno y lo más importante es la edad avanzada en la madre, familiares de primer grado con diabetes y un mayor índice de masa corporal pregestacional.

El primero de los casos de diabetes gestacional se publicó en el año 1824. Fue descrito por la madre que sufría de sed, poliuria y el feto macrosómico murió por la impactación de su hombro. Antes de la introducción de la insulina en el año 1922 ya se había informado de al menos de 100 embarazos de mujeres diabéticas, de una forma cierta, con el tipo 2. No obstante, los índices de mortalidad en la madre eran de cerca del 40 %, y la mortalidad del neonato era mayor al 90

%. Con la insulina se redujo de manera importante esta mortalidad materna; sin embargo, si se hacía una comparación con embarazadas no diabéticas, la mortalidad perinatal continuaba siendo hasta seis veces más alta y en la diabetes que era pregestacional las malformaciones congénitas de los fetos pueden ser hasta 10 veces más frecuentes.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es conocer una introducción sobre la diabetes que ocurre en las mujeres gestantes por un equipo de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los últimos 40 años ha aumentado de forma alarmante la incidencia de la obesidad y casi a la vez, el síndrome metabólico, en muchas ocasiones evoluciona a diabetes mellitus tipo 2. Puede que estos cambios en los patrones de la alimentación, así como una menor actividad física, hayan hecho que aumente la incidencia de esta diabetes mellitus gestacional, la frecuencia es de un 10 % de la población obstétrica en nuestro país. Nos podemos basar en estos datos y se debe insistir a todas las gestantes que acudan a la consulta de ginecología prenatal, intentando identificar a estas que tienen un riesgo elevado de poder padecer este trastorno metabólico. De esta forma, deben detectarse los casos de diabetes antes de la gestación para poder darles un tratamiento adecuado para obtener unas cifras normales de glucosa y de HbA1c antes de quedarse embarazada. En un escrutinio de diabetes mellitus en la gestación, un consenso general es que, las pacientes con un alto riesgo para esta situación se les pueda efectuar una prueba entre las 25 y 28 semanas de la gestación con 50g de glucosa oral. En el embarazo normal, un estado de resistencia al efecto de la insulina, es más evidente al final del segundo trimestre del mismo; el organismo de la gestante se

prepara para almacenar nutrientes y en esta etapa la sensibilidad mayor a la insulina es mayor; no obstante, en la segunda mitad del embarazo hay una resistencia de forma progresiva al efecto de la insulina, que puede causar una liberación de los nutrientes para que el bebé tenga un desarrollo de lo más adecuado. En la resistencia a la insulina participan muchas sustancias que son producidas por la placenta y por los adipocitos, entre las que destacan la hormona del crecimiento placentaria y FNTa, que por varios mecanismos pueden disminuir el efecto de la insulina a nivel intracelular.

5 Discusión-Conclusión

Las bases del tratamiento de la diabetes gestacional sigue siendo la dieta baja en carbohidratos, de una preferencia con un índice glucémico bajo; la actividad física que se puede adaptar a la fisiología de la madre de acuerdo con la edad gestacional y a la administración de insulina en forma juiciosa para poder mantener las cifras de glucosa dentro de unos límites normales para la mujer embarazada. Se debe evitar que el tratamiento intenso que cause la hipoglucemia, lo que puede ocurrir hasta en 60 % de las gestantes, en muchos casos que son asintomáticas para la madre, pero con distintas repercusiones para el feto.

6 Bibliografía

1. Shuldiner R. Resistin, obesity and insulin resistance. The emerging role of the adipocyte as an endocrine organ. *NEJM* 2021;345(18):1345-6.
2. Hollander M. Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines. *Obst Gynecol Surv* 2017;62(2):125-36.

Capítulo 108

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: CAUSAS, SÍNTOMAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA

CRISTINA GIJÓN RUIZ

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

1 Introducción

La arteriopatía periférica es una afección vascular crónica que afecta a las arterias que suministran sangre a las extremidades del cuerpo, como las piernas y como los brazos. Desde el punto de vista de la enfermería, comprender las causas que lo produce, los síntomas, la prevención y el tratamiento de esta enfermedad es esencial para brindar una atención de calidad a los pacientes que la padecen. En este artículo, exploraremos en detalle la arteriopatía periférica, centrándonos en cómo los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en su manejo y cuidado.

Exploraremos las causas subyacentes de esta afección, que a menudo están relacionadas con la acumulación de placas de grasa y colesterol en las arterias, así como otros factores de riesgo. Además, abordaremos los síntomas característicos, que incluyen dolor en las extremidades, debilidad muscular y dificultad para caminar, y cómo los enfermeros pueden identificar y evaluar estos signos clínicos.

La prevención desempeña un papel crucial en la gestión de la arteriopatía periférica, y los enfermeros tienen un papel fundamental en la educación de los pacientes sobre hábitos de vida saludables, como la dieta y el ejercicio, que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad o a frenar su progresión.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión sólida sobre qué es la arteriopatía periférica, sus causas y cómo afecta al sistema circulatorio periférico.
- Describir el papel de enfermería en el manejo de la arteriopatía periférica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 arteriopatía periférica (AP) es una enfermedad que afecta a las arterias que suministran sangre a las extremidades, principalmente las piernas. Desde el punto de vista de la enfermería, es importante comprender las causas, síntomas, prevención y tratamiento de la AP para brindar una atención de calidad a los pacientes.

Causas:

1. Aterosclerosis. Es la causa principal de la AP. Implica la acumulación de placas de grasa y colesterol en las arterias, estrechando el flujo sanguíneo.
2. Diabetes. La diabetes mal controlada puede dañar las arterias y aumentar el riesgo de AP.

3. Tabaquismo. El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante para desarrollar AP, ya que daña las arterias y promueve la formación de placas de ateroma.
4. Hipertensión arterial. La presión arterial elevada puede dañar las arterias y contribuir a la AP.
5. Factores genéticos. La predisposición genética también puede aumentar el riesgo de desarrollar AP.

Síntomas:

1. Claudicación intermitente: dolor, calambres o debilidad en las piernas durante la actividad física, aliviándose con el reposo.
2. Dolor en reposo: en etapas avanzadas, el dolor puede ocurrir incluso en reposo debido a la insuficiencia arterial.
3. Pérdida de vello en las piernas: la falta de vello en las extremidades puede ser un signo de mala circulación.
4. Cambios en la piel: puede haber cambios en la piel, como palidez o enrojecimiento, y la piel puede volverse más fina y frágil.
5. Úlceras o heridas que no sanan: debido a la mala circulación, las heridas pueden tardar en cicatrizar y convertirse en úlceras.

Prevención:

1. Control de factores de riesgo. Esto incluye dejar de fumar, controlar la diabetes, mantener una presión arterial saludable y controlar los niveles de colesterol.
2. Ejercicio regular. Fomentar la actividad física para mejorar la circulación y fortalecer los músculos de las extremidades.
3. Dieta saludable. Promover una dieta rica en frutas, verduras, granos enteros y baja en grasas saturadas.
4. Educación al paciente. Informar a los pacientes sobre la importancia de la detección temprana y el autocuidado.

Tratamiento desde el punto de vista de la enfermería:

1. Educación al paciente. Proporcionar información sobre la enfermedad, los factores de riesgo y la importancia de seguir el plan de tratamiento.
2. Monitorización. Realizar un seguimiento regular de los signos vitales, incluyendo la presión arterial y la circulación en las extremidades.
3. Apoyo emocional. Brindar apoyo psicológico a los pacientes que enfrentan el estrés y la ansiedad debido a la enfermedad.
4. Promoción de la adherencia al tratamiento. Ayudar a los pacientes a seguir su plan de tratamiento, que puede incluir medicamentos, cambios en el estilo de

vida y terapia física.

Es esencial que los enfermeros colaboren estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos y dietistas, para brindar una atención integral a los pacientes con arteriopatía periférica y ayudarles a mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones graves, como la amputación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la arteriopatía periférica es una enfermedad que afecta a las arterias que suministran sangre a las extremidades, y desde el punto de vista de la enfermería, es crucial comprender sus causas, síntomas, prevención y tratamiento. La educación al paciente desempeña un papel fundamental en la promoción de la prevención y el autocuidado, incluyendo la gestión de los factores de riesgo, el fomento de un estilo de vida saludable y el seguimiento de las recomendaciones médicas. La monitorización constante, el apoyo emocional y la promoción de la adherencia al tratamiento son componentes esenciales de la atención de enfermería para mejorar la calidad de vida de los pacientes con arteriopatía periférica y reducir el riesgo de complicaciones graves.

La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud es clave para ofrecer una atención integral y garantizar el bienestar a largo plazo de los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Arteriopatía Periférica: Guía de Bolsillo para Enfermería" de Donna D. Ignatavicius y M. Linda Workman.
2. "Enfermería en Cardiología" de María Jesús Jiménez Díaz.
3. "Arteriopatía Periférica: Diagnóstico y Tratamiento" de Alan T. Hirsch, entre otros.
4. "Manejo Integral de la Arteriopatía Periférica" de Jorge H. Michel.
5. "Prevención y Cuidados en Enfermería en Arteriopatía Periférica".

Capítulo 109

BENEFICIOS EN EL USO DE LAS TÉCNICAS ECOGUIADAS PARA LA PUNCIÓN VENOSA CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ENFERMERIA

CRISTINA GIJÓN RUIZ

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

1 Introducción

La inserción de una línea venosa central es una tarea crítica y delicada que los profesionales de enfermería deben llevar a cabo con precisión y destreza en el entorno de las unidades de cuidados intensivos (UCI). Estas intervenciones son esenciales para administrar terapias intravenosas, monitorear la presión venosa central y proporcionar una atención integral a los pacientes críticamente enfermos. Sin embargo, la inserción de catéteres venosos centrales conlleva riesgos inherentes, como la posibilidad de complicaciones, infecciones o lesiones vasculares.

Las técnicas ecoguiadas han surgido como una herramienta revolucionaria que ha transformado radicalmente la práctica de enfermería en las UCI. La ecografía, como una modalidad de imagen en tiempo real, permite a los enfermeros visualizar en detalle la anatomía vascular de los pacientes antes y durante el procedimiento de inserción del catéter. Esta capacidad de visualización en tiempo real brinda numerosos beneficios que trascienden la práctica tradicional de punción venosa central.

Es fundamental comprender que el uso de técnicas ecoguiadas no solo ha optimizado el proceso de inserción de catéteres venosos centrales, sino que también ha reducido los riesgos asociados, como las complicaciones, infecciones y el tiempo necesario para realizar el procedimiento. Esta revolucionaria incorporación a la práctica clínica ha repercutido en una atención más segura y efectiva para los pacientes críticamente enfermos que dependen de la terapia intravenosa y la monitorización precisa de su estado hemodinámico en las UCI.

A lo largo de este documento, exploraremos cómo las técnicas ecoguiadas han mejorado significativamente la inserción de catéteres venosos centrales en el ámbito de la enfermería de cuidados intensivos, y cómo estos avances han elevado el estándar de atención brindada a los pacientes críticos, enfatizando la importancia de esta innovación en la práctica clínica moderna.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión completa de qué son las técnicas ecoguiadas y cómo se aplican en la inserción de catéteres venosos centrales en el entorno de las unidades de cuidados intensivos.
- Destacar de manera convincente los beneficios clave de estas técnicas, incluida la mejora en la precisión, la reducción de complicaciones y la optimización de la seguridad para los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos como Medlineplus y además como Scielo, utilizando también palabras clave, como técnicas ecoguiadas, enfermería, punción venosa central, cuidados intensivos, tratamiento. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros.

4 Resultados

El uso de técnicas ecoguiadas para la punción venosa central en unidades de cuidados intensivos (UCI) en enfermería ofrece numerosos beneficios, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. A continuación, se enumeran algunos de los beneficios más destacados:

1. Mayor precisión: Las técnicas ecoguiadas permiten una visualización en tiempo real de las estructuras anatómicas, lo que aumenta la precisión de la punción venosa central. Esto reduce el riesgo de lesiones en estructuras circundantes y disminuye las complicaciones.
2. Reducción de complicaciones: La precisión en la colocación de los catéteres venosos centrales conduce a una disminución significativa de las complicaciones, como la perforación arterial, neumotórax y hematomas.
3. Menos intentos fallidos: Con la guía ecográfica, los profesionales de enfermería pueden seleccionar la mejor vena y asegurarse de que el catéter se coloque correctamente desde el primer intento, lo que reduce el dolor y el malestar para el paciente y disminuye el tiempo de procedimiento.
4. Mayor seguridad: La visualización directa de las estructuras anatómicas mediante ecografía reduce el riesgo de errores en la colocación del catéter, lo que mejora la seguridad del paciente y evita complicaciones graves.
- 5.- Menor tiempo de procedimiento: La técnica ecoguiada a menudo acelera el proceso de punción venosa central al permitir una localización más rápida y precisa de la vena, lo que es particularmente beneficioso en situaciones de emergencia en la UCI.
6. Menos exposición a radiación: En comparación con la fluoroscopia, que se utiliza en algunas ocasiones para guiar la colocación de catéteres centrales, la ecografía no implica radiación ionizante, lo que disminuye la exposición del paciente y el personal de salud.
7. Mayor comodidad para el paciente: Al reducir el número de intentos y mejorar la precisión, las técnicas ecoguiadas pueden disminuir el dolor y la incomodidad experimentados por el paciente durante el procedimiento.
8. Mejora la satisfacción del paciente: La disminución de las complicaciones y el dolor asociado al procedimiento contribuyen a una mayor satisfacción del paciente y a una recuperación más rápida.
9. Facilita la formación y la competencia: La ecografía es una herramienta útil para la formación y el entrenamiento de profesionales de enfermería en la punción venosa central, lo que puede llevar a una mayor competencia y confianza en la realización de este procedimiento.

En resumen, el uso de técnicas ecoguiadas para la punción venosa central en unidades de cuidados intensivos en enfermería aporta numerosos beneficios, incluida una mayor precisión, una reducción de las complicaciones, una mayor seguridad del paciente y una mayor satisfacción tanto para los pacientes como para el personal de salud. Estos beneficios hacen que la ecografía sea una herramienta valiosa en la atención crítica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el empleo de técnicas ecoguiadas para la punción venosa central en unidades de cuidados intensivos en enfermería ofrece una serie de beneficios sustanciales. Estos beneficios incluyen una mayor precisión en la colocación de catéteres, una reducción significativa de las complicaciones, una mayor seguridad para los pacientes, una mayor comodidad y satisfacción de los pacientes, y una mejora en la formación y competencia del personal de enfermería. La incorporación de la ecografía como herramienta estándar en estos procedimientos no solo mejora la calidad de la atención al paciente, sino que también puede tener un impacto positivo en la eficiencia y la efectividad de la atención en las unidades de cuidados intensivos. En última instancia, el uso de técnicas ecoguiadas es una práctica que beneficia tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud y contribuye a la mejora de los resultados clínicos en entornos críticos.

6 Bibliografía

1. "Manual de ecografía en cuidados críticos" de Paul H. Mayo y Anthony D. Slonim.
2. "Acceso Vascular Guiado por Ultrasonido: Una Guía de Referencia Integral" de Denise Herrmann.

Capítulo 110

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON MUCOSITIS TRAS QUIMIOTERAPIA

CRISTINA GIJÓN RUIZ

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

1 Introducción

La mucositis es una afección que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. Esta condición, caracterizada por la inflamación y ulceración de las mucosas, puede causar un dolor intenso y debilitante, lo que dificulta la capacidad del paciente para comer, beber, hablar y, en última instancia, para continuar con su tratamiento contra el cáncer. Además del dolor físico, la mucositis también aumenta la vulnerabilidad a infecciones, lo que puede complicar aún más la salud del paciente.

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel esencial en la gestión de la mucositis. Los enfermeros y enfermeras están capacitados para evaluar y controlar los síntomas, implementar intervenciones terapéuticas efectivas y proporcionar

apoyo emocional crucial. Estos profesionales de la salud trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para diseñar planes de cuidados individualizados que se adapten a las necesidades específicas de cada paciente.

La prevención también es un aspecto fundamental en el manejo de la mucositis. Los enfermeros pueden educar a los pacientes sobre prácticas de higiene bucal adecuadas y brindar pautas sobre la nutrición y la hidratación para minimizar el riesgo de desarrollar mucositis o reducir su gravedad.

En resumen, los cuidados de enfermería son esenciales en el tratamiento integral de pacientes oncológicos que enfrentan la mucositis como resultado de la quimioterapia. La atención y el apoyo proporcionados por estos profesionales son fundamentales para aliviar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida y aumentar las posibilidades de éxito en la lucha contra el cáncer.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión clara y concisa sobre el tema de la mucositis en pacientes sometidos a quimioterapia, explicando qué es y por qué es relevante.
- Situar al lector en el contexto de la mucositis como una complicación común en el tratamiento del cáncer y destacar su impacto en la calidad de 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

El cuidado de enfermería en pacientes con mucositis después de recibir quimioterapia es crucial para ayudar a aliviar los síntomas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Aquí tienes una lista de cuidados de enfermería que son importantes en este contexto:

1. Evaluación y seguimiento continuo:

- Realizar una evaluación exhaustiva de la mucositis, incluyendo la ubicación, la gravedad y la extensión de las lesiones mucosas.
- Registrar el historial clínico y los tratamientos de quimioterapia previos para comprender mejor la condición del paciente.
- Realizar un seguimiento regular de la mucositis para detectar cualquier empeoramiento o complicación.

2. Control del dolor:

- Administrar analgésicos según la necesidad del paciente para aliviar el dolor asociado con la mucositis.
- Ofrecer medidas no farmacológicas, como enjuagues bucales con soluciones calmantes.

3. Higiene oral:

- Instruir al paciente sobre la importancia de una buena higiene oral, incluyendo el cepillado suave de los dientes con un cepillo de cerdas suaves después de las comidas y antes de acostarse.
- Evitar el uso de enjuagues bucales que contengan alcohol y recomendar enjuagues con soluciones salinas suaves o productos específicos para mucositis.

4. Nutrición e hidratación:

- Evaluar la capacidad del paciente para comer y beber. Puede ser necesario proporcionar suplementos nutricionales líquidos o enterales si la ingesta oral es insuficiente.
- Fomentar la hidratación adecuada para prevenir la deshidratación y mantener la mucosa oral húmeda.

5. Educación del paciente:

- Educar al paciente sobre los alimentos y bebidas que deben evitarse, como alimentos picantes, ácidos o calientes.
- Proporcionar información sobre la importancia de evitar el tabaco y el alcohol, que pueden empeorar la mucositis.
- Instruir al paciente sobre el uso de enjuagues bucales y analgésicos de forma adecuada.

6. Prevención de infecciones:

- Fomentar una buena higiene de manos tanto para el paciente como para los cuidadores.

- Supervisar signos de infección, como fiebre o secreción purulenta, y tomar medidas adecuadas si se presentan.

7. Apoyo emocional:

- Brindar apoyo emocional al paciente, ya que la mucositis puede ser dolorosa y afectar la calidad de vida.
- Referir al paciente a servicios de apoyo psicológico o grupos de apoyo si es necesario.

8. Coordinación del equipo de atención:

- Trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como oncólogos y dentistas, para garantizar un enfoque integral del cuidado del paciente.

Recuerda que el manejo de la mucositis puede variar según la gravedad de la afectación y las necesidades individuales del paciente. Siempre es importante adaptar los cuidados de enfermería a la situación específica de cada paciente y seguir las pautas clínicas actuales.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los cuidados de enfermería en pacientes que experimentan mucositis como efecto secundario de la quimioterapia son de suma importancia para mitigar el dolor y el malestar, prevenir infecciones y promover la recuperación del paciente. Estos cuidados involucran una evaluación continua y detallada de la mucositis, el control efectivo del dolor mediante el uso de analgésicos y enjuagues bucales suaves, una estricta higiene oral para prevenir infecciones, y la promoción de una nutrición adecuada y una hidratación suficiente para mantener la salud y la fortaleza del paciente.

Además, la educación del paciente sobre cómo cuidar su cavidad oral, evitar alimentos y hábitos perjudiciales, y manejar el dolor es crucial para empoderar al paciente en su proceso de recuperación. El apoyo emocional también desempeña un papel importante, ya que la mucositis puede ser dolorosa y tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. En algunos casos, puede ser necesario referir al paciente a servicios de apoyo psicológico o grupos de apoyo.

La coordinación efectiva entre el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud, como oncólogos y dentistas, es esencial para garantizar un enfoque integral y coherente en el cuidado del paciente. Esto asegura que todas las necesidades del paciente sean atendidas de manera adecuada y que se minimicen los

riesgos de complicaciones.

En última instancia, el cuidado de enfermería en pacientes con mucositis después de la quimioterapia es un componente esencial en la atención oncológica integral, contribuyendo significativamente a la calidad de vida y al bienestar general de los pacientes durante su tratamiento y recuperación.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Oncológica" de Martha E. Langhorne y Janet S. Fulton.
2. "Cuidados de Enfermería en el Paciente Oncológico" de María Isabel Ramos Gallego.
3. "Manual de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Cáncer" de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO).

Capítulo 111

TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA

LORENA CANO LOPEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La consulta de oftalmología hospitalaria es un componente esencial de la atención médica que se centra en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos y afecciones relacionados con los ojos y la visión en un entorno hospitalario.

Su importancia radica en su capacidad para preservar y mejorar la salud visual, así como en su contribución a la detección precoz y el tratamiento de afecciones médicas relacionadas con los ojos.

Esta especialidad médica se dedica al estudio de la anatomía, fisiología y patología del sistema ocular, así como a la corrección de problemas visuales y oftalmológicos.

En la consulta de oftalmología hospitalaria, los oftalmólogos, médicos especializados en oftalmología, realizan una variedad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para abordar condiciones como cataratas, glaucoma, enfermedades de la retina, trastornos de la visión y lesiones oculares. Además, se ocupan de la prescripción y adaptación de lentes y dispositivos de corrección visual.

Este servicio también es fundamental en el diagnóstico temprano y el manejo de enfermedades sistémicas que pueden afectar la salud ocular, como la diabetes. La consulta de oftalmología hospitalaria desempeña un papel crucial en la prevención de la ceguera y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes al proporcionar diagnósticos precisos y tratamientos adecuados.

2 Objetivos

Exponer las responsabilidades del enfermero en la consulta de oftalmología.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El trabajo del enfermero en la consulta de oftalmología es esencial para garantizar una atención de calidad y una experiencia positiva para los pacientes que buscan evaluación, diagnóstico y tratamiento de afecciones oculares y de la visión.

El papel del enfermero en esta especialidad médica abarca una serie de responsabilidades clave:

- Preparación y evaluación de pacientes:

El enfermero se encarga de recibir a los pacientes, recopilar su historial médico ocular y realizar una evaluación inicial de la salud ocular. Esto incluye la medición de la agudeza visual y la presión intraocular, así como la preparación de los pacientes para los procedimientos oftalmológicos, como la dilatación de las pupilas.

- Asistencia en procedimientos oftalmológicos:

El enfermero asiste al oftalmólogo durante los procedimientos clínicos y quirúrgicos. Esto puede implicar la administración de medicamentos oftálmicos, la realización de pruebas diagnósticas como la angiografía con fluoresceína o la cirugía de cataratas, y la supervisión del paciente durante y después de estos procedimientos.

- Educación y consejería:

Proporcionar información y educación a los pacientes sobre el cuidado ocular, la administración de medicamentos oftálmicos y las instrucciones posteriores a los procedimientos es una responsabilidad importante. Los enfermeros ayudan a los pacientes a comprender su diagnóstico y tratamiento, lo que contribuye a una mejor adherencia y resultados de atención.

- Coordinación de cuidados:

Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como técnicos de diagnóstico y cirugía, para garantizar una atención integral y coordinada. Esto incluye la programación de citas de seguimiento, la comunicación de resultados y la remisión a especialistas cuando es necesario.

- Registro y documentación:

Mantener registros precisos y completos de la atención proporcionada es esencial. Los enfermeros registran los hallazgos clínicos, los procedimientos realizados y los tratamientos administrados, lo que contribuye a una atención continua y una gestión efectiva de los expedientes médicos.

- Gestión de emergencias:

En casos de complicaciones o urgencias oftalmológicas, el enfermero debe estar preparado para brindar atención de emergencia, administrar primeros auxilios y comunicarse con el oftalmólogo u otros especialistas según sea necesario.

El enfermero en la consulta de oftalmología desempeña un papel multifacético que abarca la evaluación, el apoyo durante los procedimientos, la educación de pacientes, la coordinación de cuidados y la documentación precisa. Su labor es esencial para garantizar una atención oftalmológica integral y de calidad que contribuye a la salud visual y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento de la consulta de oftalmología hospitalaria, el enfermero puede adoptar las siguientes recomendaciones clave:

En primer lugar, la comunicación efectiva es fundamental. Mantener una comunicación clara y abierta con los pacientes es esencial para establecer confianza y reducir la ansiedad relacionada con los procedimientos oftalmológicos. Explicar de manera comprensible los diagnósticos, tratamientos y cuidados posteriores contribuye a una experiencia positiva.

En segundo lugar, la coordinación y colaboración interdisciplinaria son cruciales. Trabajar en estrecha colaboración con el oftalmólogo y otros profesionales de la salud garantiza una atención integral y la mejor atención posible para los pacientes. Coordinar horarios, recursos y seguimientos es esencial para optimizar la eficiencia y la calidad de la atención oftalmológica.

Siguiendo estas recomendaciones, el enfermero puede contribuir significativamente a un funcionamiento eficiente de la consulta de oftalmología hospitalaria, mejorando la experiencia de los pacientes y asegurando una atención oftalmológica de calidad.

6 Bibliografía

Gaibo, V. Y. P. (2020). Validación de instrumento para evaluación del rol docente de los profesionales de enfermería de consulta externa.: Validation of the instrument for the evaluation of the teaching role of external consultation nursing professionals. *Más Vita*, 2(2), 42-50.

Capítulo 112

TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

LORENA CANO LOPEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La consulta hospitalaria de otorrinolaringología, también conocida como consulta de otorrino, es un servicio médico especializado en el diagnóstico, tratamiento y manejo de trastornos relacionados con el oído, la nariz, la garganta y estructuras anatómicas cercanas en un entorno hospitalario. Esta especialidad médica se enfoca en una amplia gama de condiciones, que van desde infecciones del oído y alergias nasales hasta tumores de cabeza y cuello, trastornos del equilibrio y problemas de voz.

Los otorrinolaringólogos, médicos especializados en esta disciplina, desempeñan un papel clave en la atención de pacientes de todas las edades. Llevan a cabo exámenes físicos, procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos y quirúrgicos, así como terapia de rehabilitación para abordar una variedad de afecciones.

Esto incluye la realización de cirugías para tratar problemas como la apnea del sueño, la corrección de deformidades de la nariz y la eliminación de tumores.

La consulta hospitalaria de otorrino es esencial en la atención médica, ya que aborda trastornos que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, como problemas de audición, dificultades respiratorias, trastornos de la voz y más. Además, desempeña un papel importante en la detección temprana y el tratamiento de afecciones graves, como el cáncer de cabeza y cuello.

La consulta hospitalaria de otorrinolaringología es un servicio médico especializado que se dedica al diagnóstico y tratamiento de trastornos relacionados con el oído, la nariz, la garganta y áreas adyacentes en un entorno hospitalario. Los otorrinolaringólogos desempeñan un papel esencial en el cuidado de pacientes de todas las edades, mejorando la salud y la calidad de vida de aquellos que buscan atención para afecciones en estas áreas anatómicas.

2 Objetivos

Exponer las responsabilidades clave que realiza un enfermero en la consulta de otorrinolaringología.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El trabajo del enfermero en la consulta hospitalaria de otorrinolaringología (otorrino) es esencial para proporcionar una atención de calidad a los pacientes que buscan diagnóstico y tratamiento para afecciones relacionadas con el oído, la nariz y la garganta.

Aquí se describen algunas de las responsabilidades clave que realiza un enfermero en este entorno especializado:

- Evaluación y preparación de pacientes:

Los enfermeros reciben a los pacientes, recopilan su historial médico, incluyendo antecedentes de problemas de oído, nariz o garganta, y realizan una evaluación inicial de su estado de salud. Esto incluye tomar medidas vitales, como la presión arterial, y preparar a los pacientes para los procedimientos que puedan necesitar, como audiometrías o endoscopias nasales.

- Asistencia en procedimientos:

En la consulta de otorrino, los enfermeros asisten al otorrinolaringólogo durante los procedimientos clínicos, como la exploración del oído con otoscopios, la toma de muestras de secreciones nasales o la realización de pruebas de audición. También pueden ayudar en procedimientos quirúrgicos menores en la misma consulta.

- Educación y consejería:

Proporcionar información educativa a los pacientes sobre sus afecciones, el manejo de dispositivos médicos, la administración de medicamentos y las medidas preventivas es fundamental. Los enfermeros ayudan a los pacientes a comprender su diagnóstico y tratamiento, lo que contribuye a una mejor adherencia y resultados de atención.

- Coordinación de cuidados:

Colaboran estrechamente con el otorrinolaringólogo y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral. Esto incluye programar citas de seguimiento, comunicar resultados y, en algunos casos, coordinar la derivación a otros especialistas cuando es necesario.

- Registro y documentación:

Mantener registros precisos y detallados de la atención proporcionada es esencial. Los enfermeros registran los hallazgos clínicos, los procedimientos realizados y los tratamientos administrados, lo que contribuye a una atención continua y una gestión efectiva de los expedientes médicos.

- Apoyo emocional:

Brindar apoyo emocional a los pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados por sus condiciones es una parte crucial del trabajo del enfermero. Escuchar sus preocupaciones, responder a preguntas y ofrecer un ambiente comprensivo puede ayudar a calmar las preocupaciones de los pacientes.

En resumen, el enfermero en la consulta hospitalaria de otorrino desempeña un

papel multifacético que abarca la evaluación, el apoyo durante los procedimientos, la educación de pacientes, la coordinación de cuidados y la documentación precisa. Su labor es esencial para garantizar una atención integral y de calidad que contribuye a la salud y el bienestar de los pacientes que buscan atención en esta especialidad médica.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta hospitalaria de otorrinolaringología, el enfermero puede implementar las siguientes recomendaciones: En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación clara y empática con los pacientes, escuchando sus preocupaciones y proporcionando información comprensible sobre sus afecciones y tratamientos, contribuye a su comodidad y confianza en el entorno de la consulta.

En segundo lugar, la coordinación interdisciplinaria es clave. Trabajar de manera colaborativa y fluida con el equipo médico, el otorrinolaringólogo y otros profesionales de la salud asegura una atención integral y eficiente. Esto incluye una comunicación eficaz de resultados, seguimiento de pacientes y la coordinación de cuidados cuando sea necesario.

Siguiendo estas recomendaciones, el enfermero puede desempeñar un papel esencial en el buen funcionamiento de la consulta de otorrino, garantizando una atención centrada en el paciente, una coordinación eficiente y una experiencia de atención de alta calidad.

6 Bibliografía

Gaibo, V. Y. P. (2020). Validación de instrumento para evaluación del rol docente de los profesionales de enfermería de consulta externa: Validation of the instrument for the evaluation of the teaching role of external consultation nursing professionals. *Más Vita*, 2(2), 42-50.

Capítulo 113

TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

LORENA CANO LOPEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La consulta externa de medicina interna es un servicio médico especializado que ofrece atención médica a pacientes ambulatorios que presentan una amplia variedad de condiciones médicas y trastornos sistémicos. En este entorno, los pacientes consultan a un médico internista, un especialista en medicina interna, para recibir evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud que no requieren hospitalización.

El médico internista se dedica al manejo integral de la salud de los pacientes, considerando factores como la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades crónicas, trastornos metabólicos, infecciones, enfermedades autoinmunes y otras afecciones médicas complejas. La consulta externa de medicina

interna es fundamental para la atención primaria de la salud y es el primer punto de contacto para muchos pacientes con problemas médicos no urgentes.

Durante la consulta externa, el médico internista realiza exámenes físicos detallados, solicita pruebas diagnósticas, prescribe medicamentos y ofrece orientación sobre cambios en el estilo de vida y cuidados preventivos. Además, coordina la atención con otros especialistas si es necesario, asegurando una atención integral y continua para los pacientes.

2 Objetivos

Exponer las funciones del enfermero en la consulta de medicina interna.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El trabajo del enfermero en la consulta externa de medicina interna es esencial para proporcionar una atención integral y de calidad a los pacientes ambulatorios que buscan diagnóstico y tratamiento para una amplia gama de condiciones médicas.

Aquí se describen algunas de las responsabilidades clave que realiza un enfermero en este entorno especializado:

- Recepción y acogida de pacientes:

Los enfermeros juegan un papel crucial en la recepción de los pacientes en la consulta externa. Esto incluye registrar la información básica del paciente, como su historial médico, medicamentos actuales y motivo de la consulta. Además, crean un ambiente acogedor y confortable para los pacientes, lo que ayuda a reducir la ansiedad y promueve una comunicación abierta.

- Evaluación inicial y medición de signos vitales:

Realizar una evaluación inicial de los pacientes es una responsabilidad importante. Los enfermeros toman la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la temperatura y otras mediciones de signos vitales para proporcionar información valiosa al médico internista.

- Preparación y asistencia en procedimientos:

En la consulta externa de medicina interna, los enfermeros pueden ayudar en la realización de procedimientos médicos, como la administración de inyecciones, la extracción de sangre para análisis y la realización de electrocardiogramas (ECG). También pueden realizar pruebas de diagnóstico simple, como la medición de la glucosa en sangre.

- Educación y orientación de pacientes:

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental al proporcionar educación y orientación a los pacientes sobre su condición médica, el tratamiento prescrito y las pautas de cuidados en el hogar. Esto incluye explicar el uso adecuado de medicamentos, la importancia de las medidas preventivas y el seguimiento de las recomendaciones médicas.

- Coordinación de cuidados:

Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el médico internista y otros profesionales de la salud para coordinar la atención de los pacientes. Esto incluye programar pruebas de diagnóstico, consultas con especialistas y seguimiento de resultados. También se encargan de la comunicación de información relevante al paciente y al equipo médico.

- Gestión de registros y documentación:

Mantener registros precisos y completos de la atención proporcionada es esencial. Los enfermeros registran los hallazgos clínicos, los procedimientos realizados, los tratamientos administrados y las instrucciones proporcionadas a los pacientes, lo que contribuye a una atención continua y una gestión efectiva de los expedientes médicos.

El enfermero en la consulta externa de medicina interna desempeña un papel multifacético que abarca la recepción de pacientes, la evaluación inicial, la asistencia en procedimientos, la educación de pacientes, la coordinación de cuidados y la documentación precisa. Su labor es esencial para garantizar una atención ambulatoria de alta calidad y una experiencia positiva para los pacientes que buscan atención médica en esta especialidad.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento de la consulta externa de medicina interna, el enfermero puede implementar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, la empatía y la comunicación efectiva son fundamentales. Escuchar activamente a los pacientes, comprender sus preocupaciones y proporcionar explicaciones claras sobre sus afecciones y tratamientos contribuye a una relación paciente-enfermero sólida y a la confianza del paciente en la atención médica. Además, fomentar una atmósfera de apoyo y comprensión puede aliviar la ansiedad y mejorar la experiencia del paciente.

En segundo lugar, la coordinación interdisciplinaria es clave. Trabajar en estrecha colaboración con el médico internista y otros miembros del equipo de atención médica asegura una atención integral y eficiente. Coordinar citas, pruebas de diagnóstico y seguimiento de pacientes garantiza que la atención sea oportuna y completa.

Siguiendo estas recomendaciones, el enfermero puede desempeñar un papel esencial en el funcionamiento efectivo de la consulta externa de medicina interna, brindando atención centrada en el paciente y contribuyendo a una experiencia de atención médica satisfactoria.

6 Bibliografía

Gaibo, V. Y. P. (2020). Validación de instrumento para evaluación del rol docente de los profesionales de enfermería de consulta externa: Validation of the instrument for the evaluation of the teaching role of external consultation nursing professionals. *Más Vita*, 2(2), 42-50.

Capítulo 114

CASO CLÍNICO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGÁNICO

ANA DÍAZ CABALLERO

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ELENA MOYA CRESPO

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

1 Introducción

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. Afecta a todas las edades, destacando en los últimos años entre los más jóvenes.

Entre los principales síntomas encontramos estado de ánimo bajo o irritable, dificultad para conciliar el sueño, o exceso de este, cambio brusco en el apetito con aumento o pérdida excesiva de peso, cansancio general y falta de energía, dificultad en los movimientos y en la concentración, inactividad, sentimiento de desesperanza y en casos graves pensamientos de muerte, y psicosis.

El término psicosis se refiere al estado mental en que el paciente no puede apreciar la realidad externa de modo normal, teniendo falsas creencias acerca de lo que

está ocurriendo, a lo que llamamos delirios, o viendo o escuchando cosas que no existe, a lo que llamamos alucinaciones.

Las principales causas del desarrollo psicótico son el abuso de alcohol, drogas y fármacos, enfermedades como Parkinson, Alzheimer, demencias o epilepsias, tumores o quistes cerebrales, infecciones que afectan al cerebro como VIH, y accidentes cerebrovasculares.

También se observan acontecimientos psicóticos en personas con esquizofrenia y trastornos bipolares o de la personalidad.

La psicosis suele afectar a cada persona de forma diferente y, además, durante las etapas iniciales no siempre es posible poner un nombre a la enfermedad. Normalmente se suele diagnosticar una enfermedad psicótica específica, aunque sea de forma provisional hasta poder concretar en el diagnóstico. En el caso de un primer episodio psicótico, resulta difícil determinar el tipo de psicosis, ya que normalmente se desconocen los síntomas que la han provocado.

Cuando el desarrollo de la psicosis no coincide con ninguno de los síntomas habituales como en las psicosis inducidas por tóxicos, orgánicas, esquizofrenias, delirantes, depresión o bipolaridad se diagnostican como psicosis de origen no orgánico o no especificada.

2 Objetivos

-Conocer los cuidados principales por parte de la enfermería en paciente psiquiátricos, especialmente en aquellos con psicosis de origen no orgánico.

3 Caso clínico

MOTIVO DE INGRESO:

Mujer de 29 años que ingresa por sintomatología psicótica. Ingreso involuntario.

Antecedentes personales psiquiátricos

Cita con Psicología con diagnóstico de trastorno adaptativo mixto.

Antecedentes personales biográficos

Embarazo sin complicaciones. Parto por cesárea. No alteraciones del desarrollo psicomotor. No enfermedades en la infancia. Descrita como muy extrovertida e inquieta de niña. Obediente, buena, limpia y ordenada “Habla muy bien”. Buena relación con padres y buen rendimiento escolar.

Es la mayor de dos hermanas. Padres separados desde hace 20 años. Su padre vive solo y su madre con su pareja y la hermana de la paciente.

Los padres refieren buena relación con ellos hasta la adolescencia, en la que presenta mayor rebeldía, enfrentamientos, faltas en clase..., que asocian al uso de cannabis. Sobre los 18 años, tras una discusión con la pareja de la madre, la paciente se muda del domicilio y desde entonces vive independiente. Mantiene contacto regular, aunque distante con la familia, que va a visitarla al domicilio.

Ha mantenido una relación sentimental estable desde los 16 años hasta hace un año. Vivía con esta pareja hasta la ruptura. Actualmente soltera, sin hijos. ESO finalizada. Ha trabajado de camarera. No realiza actividad laboral desde agosto.

Antecedentes familiares

Tío materno: cáncer de colon.

Tía materna y madre: problemas cardiacos.

Refiere diversos familiares de patología oncológica ginecológica.

Una tía acudió al psicólogo por síntomas depresivos. No antecedentes de suicidio.

Tratamiento al ingreso: Ibuprofeno 600mg a demanda por cefaleas.

Hábitos tóxicos: fuma de 1-2 paquetes de tabaco diarios. Fumadora de 5-6 porros a diario, normalmente de hachís, desde los 16 años. Ex bebedora de 3-4 cafés diarios.

HISTORIA ACTUAL:

Mujer de 29 años que ingresa por sintomatología psicótica a estudio. La paciente es derivada de su hospital de referencia, donde han realizado exploración física, radiografía de tórax, radiografía abdominal, ECG y TC cerebral sin alteraciones. La paciente describe que tiene la sensación de que alguien en su casa le quiere hacer daño y afirma que le han puesto cámaras en su casa: "pienso que en la tele hay una cámara que puso una amiga mía y que hay cámaras por toda la casa", Además, piensa que la televisión y en redes sociales le envían mensajes que tienen relación con lo que le está sucediendo. Refiere que últimamente ha notado sensaciones extrañas en el cuerpo y piensa que podrían estar envenenándola, por lo que ha dejado de comer. Cuenta que se encuentra "agotada", con vida camassillón, no disfruta con nada y no tiene fuerzas. Tampoco está durmiendo por el miedo a que alguien pueda hacerle daño. Afirma que se encuentra triste y que no quiere salir a la calle por miedo a que hagan daño a su familia por su culpa. Cuenta que se encuentra muy nerviosa, habiendo tenido el día anterior al ingreso una crisis de ansiedad que describe como "me hierve la sangre". Niega alucinaciones auditivas o visuales. Refiere haber incrementado el uso de tabaco y cannabis, pero que hace dos días que no fuma porros.

Su madre refiere que desde que la encuentra peor desde hace unos 5-6 meses, cada vez más triste, delgada, descuidada, aislada, fuma más tabaco, está más nerviosa

y despistada, si bien no había mencionado antes las ideas de ser vigilada.

Los padres relatan que decidieron llevarla al hospital tras acudir esta a casa de la madre advirtiéndole de que estaban todos en peligro y de que estaban vigilados. Los padres refieren diversos estresores este último año: ruptura de pareja hace un año, fallecimiento de su perro hace pocos meses (sacrificado), tía con enfermedad de cáncer con mal pronóstico. En agosto consta además una visita a consulta de psicología en la que la paciente mencionó preocupación ante la posibilidad de padecer ella misma cáncer, dado que le habían detectado verrugas genitales que están en proceso de estudio, describiéndose entonces clínica ansioso-depresiva.

Exploración física

Ingreso: complexión delgada. BEG. TA 107/67 mmHg; FC 58 lpm. Eupneica.

Alta: Afebril. TA 110/59 mmHg; FC 80 lpm. Eupneica.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora. Hipervigilante, suspicaz. Mantiene contacto visual. No alteraciones de la psicomotricidad. No signos de intoxicación o abstinencia a sustancias. Discurso con elevada latencia de respuestas y bloqueos de pensamiento, que traduce ideación delirante de perjuicio y autorreferencial. Interpretaciones delirantes. Probables alucinaciones somáticas. Impresiona de actitud de escucha. Risas inmotivadas. Niega fenómenos de robo, inserción o difusión de pensamiento. Ideas delirantes de perjuicio y referenciales poco estructuradas. Hipotimia de meses de evolución, asociada a hipoergia y astenia. Angustia psicótica, con tendencia al llanto. No ideación autolítica. Insomnio mixto. Disminución de la ingesta de alimentos secundaria a ideas de envenenamiento. No auto o hetero agresividad. Juicio de realidad alterado.

Resumen de pruebas complementarias

25/09/2022

Aq SARS-COV-2 urgente: negativo.

Test de gestación negativo. Orina elemental con urobilinógeno ++. Drogas de abuso en orina positivo para THC y BZD.

26/09/2022 Analítica con hemograma: HEMATIES 5.61 mill./mL A (4 - 5.5); Hematocrito 48.1 % A (36- 48). Coagulación sin alteraciones. Bioquímica con Bilirrubina Total en suero 6.4 mg/dL A (0.2 - 1.0);

Estudio de Bilirrubina directa 0.3 mg/dL A (0.01 - 0.2); Bilirrubina Indirecta 6.10 mg/dL A (0.1 - 0.8)

21/10/2022 Bilirrubina 1 mg/dl (normal). Resto sin alteraciones.

29/09/2022 EEG normal

1/09/2022 EEG normal.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

El plan de cuidados enfermeros es el desarrollo de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados de un grupo de pacientes con un mismo diagnóstico médico. Son un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente.

El proceso de atención de enfermería consta de varias fases:

1. Fase de Valoración: consta de la recogida organizada y sistemática de la información sobre el estado de salud del individuo. Para ello, se utiliza una Valoración de Enfermería por patrones funcionales de salud elaborada y consensuada por profesionales que han recogido aquellos datos más significativos y específicos de las necesidades de este tipo de pacientes.
2. Diagnóstico: se analizan los datos recogidos en la etapa anterior identificando los problemas de salud del individuo.
3. Planificación: determinación de las prioridades inmediatas y establecimiento de los resultados esperados y de las intervenciones para el logro de los resultados.
4. Ejecución: puesta en práctica del plan, realización de las intervenciones, información y anotación.
5. Evaluación: valoración de los criterios de resultados marcados, de la eficacia de las intervenciones y, si es preciso, introducción de cambios en el plan, derivación a una continuidad de cuidados o finalización.

Para llevar a cabo todo este proceso es necesario la utilización de un lenguaje específico que nos facilita la recolección de información, para ello vamos a utilizar NANDA, NIC y NOC. Estos nos permitirán valorar los resultados de enfermería de forma similar.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

Clase 1. Toma de conciencia de salud:

Reconocimiento del funcionamiento normal y del bienestar.

Diagnósticos:

☒ (00097) Disminución de la implicación en actividades recreativas.

Disminución de la implicación en actividades recreativas.

Definición: Disminución de la estimulación (del interés o la participación) en actividades recreativas o de ocio

NOC: (1503) Implicación social.

NIC:

Intervención 1: Potenciación de la socialización

Actividades:

- ☒ Fomentar las actividades sociales y comunitarias
- ☒ Animar al paciente a desarrollar relaciones
- ☒ Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás
- ☒ Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas
- ☒ Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine
- ☒ Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás

Clase 2. Gestión de la salud:

Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.

Diagnósticos:

- ☒ (00078) Gestión ineficaz de la salud
- ☒ (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud

Gestión ineficaz de la salud.

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

NOC: (1601) Conducta de cumplimiento.

NIC:

Intervención 1: Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

- ☒ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
- ☒ Favorecer situaciones que favorezcan la autonomía del paciente
- ☒ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
- ☒ Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo
- ☒ Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva

Dominio 2: Nutrición

Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1. Ingestión:

Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo.

Diagnósticos:

- ☒ (00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas

NOC: (1612) Control de peso

NIC:

Intervención 1: Asesoramiento nutricional

Actividades:

- ☒ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto
- ☒ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
- ☒ Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
- ☒ Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos

Dominio 4: Actividad/Reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

Clase 1. Sueño/reposo:

Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.

Diagnósticos:

- ☒ Insomnio (00095)
- ☒ Trastorno del patrón de sueño (00198)
- ☒ Deprivación de sueño (00096)

Insomnio

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

NOC: (1402) Autocontrol de la ansiedad

NIC:

Intervención 1: Administración de la mediación.

Actividades:

- ☒ Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede
- ☒ Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
- ☒ Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados

Deprivación de sueño

Definición: Prolongados periodos de tiempo sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia)

NOC: (0003) Descanso

NIC:

Intervención 1: Mejorar el sueño

Actividades:

☒ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas o psicológicas que interrumpen el sueño

☒ Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama

☒ Comentar técnicas para favorecer el sueño

Diagnóstico NANDA: (00130) Trastorno de los procesos del pensamiento

Definición: Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

NOC: (1403) Autocontrol del pensamiento distorsionado.

NIC:

Intervención 1: Manejo de las alucinaciones.

Actividades:

☒ Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente

☒ Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones

☒ Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones (escuchar música)

☒ Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones

Intervención 2: Manejo del delirio.

Actividades:

☒ Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio

☒ Reconocer verbalmente los miedos y sentimientos del paciente

☒ Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria coherentes

Intervención 3: Disminución de la ansiedad.

☒ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad

☒ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico

☒ Permanecer con el paciente para disminuir la ansiedad y reducir el miedo

☒ Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad

☒ Crear un ambiente que facilite la confianza

Intervención 4: Orientación de la realidad

☒ Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo

☒ Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (televisión, periódicos, radio e informativos)

☒ Involucrar al paciente en actividades concretas “aquí y ahora” (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad

☒ Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción

☒ Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.

EVALUACIÓN

Al inicio del ingreso se encontró muy suspicaz y angustiada en relación a ideación delirante en torno al personal de la unidad, perpleja, bloqueada y con elevada angustia. En días posteriores reconoció sentirse vigilada y en peligro, describiendo interpretaciones delirantes de perjuicio y autorreferenciales. Se instauró tratamiento con paroxetina y aripiprazol asociado a lorazepam y olanzapina, sin apreciarse efectos secundarios. Durante el ingreso falleció su tía, aspecto que se abordó en las entrevistas individuales. Ha tenido contacto frecuente con la familia, a quienes también se ha entrevistado junto a la paciente.

La evolución ha sido hacia la mejoría. Progresivamente se ha encontrado menos bloqueada y angustiada, remitiendo los síntomas psicóticos, recuperando ritmos cronobiológicos y pudiendo relacionarse bien con el personal de la unidad y demás pacientes. La paciente ha podido hacer crítica de las ideas delirantes. Ha reconocido llevar meses dejando de cuidarse, triste fumando mucho y aislada, en relación a elevada preocupación por su patología ginecológica a estudio y a la pérdida de su perro, que falleció sacrificado, refiriendo que esto le generó suspicacia sobre el personal sanitario.

Dada la mejoría clínica, se decidió cambiar aripiprazol oral por ILD para facilitar una mejor adherencia terapéutica al alta, administrándose pauta de inicio de 800 mg el 14/10/2022. Los dos días posteriores se realizó un permiso terapéutico con la familia que transcurrió bien. La familia no advirtió alteraciones de conducta y la paciente refiere haberse encontrado tranquila, sin sensaciones autorreferenciales o de peligro. Se han realizado entrevistas psicoeducativas tanto a sus padres como a la paciente sobre los T. psicóticos, incidiendo en la importancia de mantener un seguimiento al alta y de evitar posibles factores precipitantes de recaídas, como el uso de cannabis. Se ha derivado a la paciente a hospital de día para fomentar conciencia de enfermedad y asegurar estabilidad psicopatológica, quedando pendiente de entrevista de valoración en dicho dispositivo. Al alta se recomienda acompañamiento familiar, a lo que la familia y paciente se comprometen.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

F29. Psicosis de origen no orgánico, no especificada. Posible episodio depresivo con síntomas psicóticos.

Otros diagnósticos

Elevación de bilirrubina resuelta al alta, en probable relación a ayuno

TRATAMIENTOS

Tratamiento actual

Abilify Maintena 400 mg: una administración al mes. Próxima el 14 de noviembre de 2022.

Paroxetina 20 mg: un comprimido en desayuno.

Lorazepam 1 mg: un comprimido en desayuno, uno en comida y uno en cena. Puede repetir un comprimido si ansiedad o insomnio.

Olanzapina 10 mg: un comprimido al acostarse. Puede repetir un comprimido si elevada angustia.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Evitar uso de drogas de abuso.

Acudir a revisión con psicología y psiquiatría. Cita con enfermería de salud mental y con psiquiatría. Cita con psicología.

Control analítico por MAP en 3 meses.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- ☒ Toma de constantes vitales diarias
- ☒ Administración de medicación diaria
- ☒ Vigilancia de comportamientos
- ☒ Terapia grupal en grupo de enfermería
- ☒ Paseo diario por los alrededores de la unidad
- ☒ Acompañamiento a terapia psiquiátrica
- ☒ Terapia ocupacional

4 Discusión-Conclusión

La psicosis de origen no orgánico, no especificada y el posible episodio depresivo con síntomas psicóticos es un problema de gran prevalencia hoy en día, especialmente en nuestros mayores, pero hay que considerar la situación concreta de cada paciente para así conseguir un estado óptimo de salud en cada uno de ellos. La ejecución de un plan de cuidados correcto ante cada tipo de paciente es necesario para su precisa evolución. Para ello, es imprescindible una exitosa comunicación entre el equipo profesional que va a tratar al paciente. Además, de la realización correcta de las diferentes intervenciones enfermeras, hay que aportar al paciente apoyo psicológico, aprendiendo a escuchar y satisfacer sus distintas necesidades, puesto que es un proceso muy delicado para ellos.

5 Bibliografía

1. Soler, C. (1992). Estudios sobre las psicosis. Ediciones Manantial.
2. Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). Enfermería psiquiátrica: planes de cuidados. Editorial El Manual Moderno.

Capítulo 115

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES ANCIANOS INTERVENIDOS CON CIRUGÍA DE ARTROPLASTIA

BARTOLOME MALAGON AYLLON

BLANCA SÁEZ CASTILLO

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

ESTHER CUESTA NAVARRO

1 Introducción

La artrosis es una enfermedad degenerativa reumática que se determina por la degradación y destrucción del cartilago articular. Es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser la principal causa de dolor e incapacidad en la edad adulta a nivel mundial. Tiene mayor incidencia en los países occidentales.

La sintomatología principal de la artrosis de rodilla se caracteriza por la atrofia muscular y las modificaciones en la biomecánica articular, lo que conlleva al aumento del dolor incrementando la progresión de la enfermedad hasta a la incapacidad funcional física, dando lugar la invalidez.

Entre los tratamientos quirúrgicos de la artrosis de rodilla destaca la artroplastia. La artroplastia consiste en la técnica de implantación de una prótesis total o parcial, que suple los componentes articulares fisiológicos.

Se evidencia que es un procedimiento quirúrgico eficaz, disminuye la incapacidad funcional, reduciendo el nivel del dolor y limitación de la movilidad, mejora la calidad de vida, favorece la autoestima debido al aumento de la independencia para las actividades básicas de la vida diaria. La incidencia de la mayoría de intervenciones de artroplastia de rodilla se efectúa en el adulto mayor y/o anciano. Los cuidados de enfermería en los pacientes sometidos a cirugía de artroplastia son esenciales, ya que se produce un impacto en el estado de salud debido al déficit de su independencia durante su recuperación, por lo que se considera que es una cirugía agresiva. El abordaje de enfermería se llevará a cabo tanto en el preoperatorio, controlando la ansiedad, durante la intervención, mediante el control de la infección quirúrgica, y después de la intervención, haciendo hincapié en el dolor postquirúrgico.

2 Objetivos

- Dar una definición de artrosis, además también se hará mención a los distintos tipos de factores de riesgo de sufrir artrosis de rodilla.
- Diferenciar los distintos tipos de artrosis de rodilla.
- Describir el papel de enfermería en el cuidado y tratamiento de los pacientes con artrosis 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

La artrosis fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1995 como “un proceso degenerativo articular que se produce como consecuencia de trastornos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago articular”.

Existen distintos factores de riesgos, se dividen en generales, modificables o no y locales. Entre los factores generales no modificables se encuentra la edad, siendo

más prevalente en el sexo femenino; la raza blanca y factores genéticos. Respecto los factores generales modificables se describen la obesidad, enfermedades endocrinas y metabólicas, factores hormonales, debilidad muscular, elementos nutricionales (vitaminas C y D) entre otros.

En función de la causa se puede diferenciar entre artrosis primarias o idiopáticas y secundarias. La artrosis primaria o idiopática puede ser localizada o generalizada. La artrosis secundaria se clasifica en postraumática, enfermedades congénitas, displasias, trastornos metabólicos y endocrinos, afectaciones óseas y artropatía neuropática.

El diagnóstico de la artrosis es clínico, además la realización de pruebas diagnósticas como las radiografías de las articulaciones dañadas determinan cuando existen sospechas diagnósticas o se valora la alternativa de prótesis.

El papel de enfermería es fundamental, se basa en medidas farmacológicas, no farmacológicas e intervenciones invasivas, entre otras la artroplastia. Debe estar, orientado en el paciente, de manera individual, fomentando la participación activa y teniendo en cuenta las necesidades particulares.

La finalidad es frenar el avance de la enfermedad, control de síntomas aliviando el dolor, reducir la inflamación y mantener la capacidad funcional, además de minimizar los riesgos y efectos secundarios de las intervenciones e interacciones farmacológicas.

Las intervenciones no farmacológicas implican a equipos multidisciplinares, educación del paciente, ejercicios aeróbicos, cambios en el estilo de vida, pérdida de peso y diversas terapias físicas. Presentan pocos o ningún efecto adverso y, junto con el tratamiento farmacológico, disminuyen el dolor y aumentan la funcionalidad y la calidad de vida.

La artroplastia total de rodilla está indicada en pacientes en los que otro tipo de tratamientos han fracasado y continúan con dolor persistente y debilitante que les limita en sus actividades diarias.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con el elogio del gran trabajo que realiza el equipo de enfermería ante este tipo de dolencias de las personas mayores y la importancia de unos cuidados adecuados, tanto sanitarios como domiciliarios. Es de suma importancia tener en cuenta los tipos de artrosis, específicamente en función de la causa que la produce. Posteriormente, hemos abordado el papel o rol que el personal de enfermería desempeña, a través de medidas farmacológicas, no farmacológicas y técnicas invasivas, con el fin de prevenir sus síntomas y aliviar

el dolor e inflamación de los pacientes que la padecen, especialmente en la rodilla, tal como se ha detallado en el anterior apartado de este capítulo.

6 Bibliografía

1. Bernard-Pineda M, De las Heras-Sotos J, Garcés-Puentes M.V. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2014; 58 (5); 283-289.
2. Moreno JA, Cátedra E, Plazas N, Sancho R, Manjón-Cabezas J, Mozo A. Comparación de resultados en función de la edad en pacientes ancianos con artroplastia total de rodilla. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009; 44 (3):120-123.
3. Francescoli L, Machain S, Gaiero L, Dupont M. Estudio prospectivo sobre la incidencia de complicaciones en artroplastia primaria de rodilla en UCAL– Asociación Española. *AnFaMed*. 2014; 1 (1): 46-55.
4. Rodríguez-Fontanella C, González A. Genética de la artrosis. *Reumatología clínica*. 2015; 11 (1): 33-40.
5. Francescoli L, Machain S, Gaiero L, Dupont M. Estudio prospectivo sobre la incidencia de complicaciones en artroplastia primaria de rodilla en UCAL– Asociación Española. *AnFaMed*. 2014; 1 (1): 46-55.

Capítulo 116

PACIENTE EN LA UNIDAD DE UCI Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS INTUBACIONES

BARTOLOME MALAGON AYLLON

BLANCA SÁEZ CASTILLO

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

ESTHER CUESTA NAVARRO

1 Introducción

La intubación endotraqueal es un procedimiento donde se coloca una sonda a través de la boca en situaciones de urgencia.

Esta técnica se realiza para asegurar la vía aérea y administrar oxígeno, medicación y anestesia; apoyar la respiración en determinadas enfermedades como neumonía, insuficiencia cardíaca, enfisema, etc.; eliminar bloqueos de la vía respiratoria; proteger los pulmones de riesgo de aspiración, entre otros.

Dentro de los riesgos que puede sufrir el paciente con esta técnica están el traumatismo de las cuerdas vocales, laringe, tráquea, tiroides o esófago, sangrado, infección y perforación de partes blandas de la caja torácica, ocasionado un colapso pulmonar.

El profesional que realiza este procedimiento es el médico, contando en todo momento con la asistencia del profesional de Enfermería.

El profesional de Enfermería debe conocer la técnica y los materiales que se emplean en la misma, contribuyendo con su buen hacer a que el procedimiento se desarrolle sin altercados y complicaciones, prestando en todo momento asistencia y adelantándose a los acontecimientos para que el médico tenga margen de actuación en esta complicada y exhaustiva técnica, puesto que la pérdida de segundos puede desencadenar resultados nefastos en el paciente, pudiendo llevarle incluso a la muerte.

Por ello, Enfermería debe contar con los conocimientos necesarios para que la asistencia en la intubación endotraqueal sea la mejor posible.

2 Objetivos

Analizar la asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en la asistencia en la intubación endotraqueal, así como la importancia que tiene su labor en este procedimiento.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

Las palabras clave utilizadas han sido: enfermería, intubación endotraqueal, asistencia, técnica, procedimiento.

Las publicaciones científicas llevadas a revisión quedan reflejadas en la bibliografía.

4 Resultados

La intubación endotraqueal es el procedimiento de elección para aislar definitivamente la vía respiratoria, colocando para ello un tubo en el interior de la tráquea para garantizar la ventilación del paciente.

Este procedimiento permite administrar oxígeno a alta concentración, además de poder realizar aspiración de la tráquea y administrar medicación.

Dentro del material que Enfermería debe preparar para este procedimiento está: tubos endotraqueales y cánulas orofaríngeas de distintas medidas, fonendoscopio, pinzas de magill, guantes, lubricante, jeringa de 10 ml, venda, tijera, aspirador, fiador semirrígido, filtro antibacteriana, fuente de oxígeno, bolsas de ventilación con reservorio y mascarillas de diferentes tamaños.

El profesional de Enfermería prestará en todo momento soporte al profesional médico, facilitándole el material necesario y ayudando en la fijación del tubo endotraqueal.

Enfermería debe preparar la técnica, extendiendo el paño estéril y colocando todo el material sobre él, comprobar todo el material, en especial que el balón de neumotaponamiento y el laringoscopio funcione correctamente.

Posteriormente, debe situar al paciente en decúbito supino con el cuello en hiperextensión para que el médico se sitúe detrás de la cabeza y pueda realizar la técnica adecuadamente.

Enfermería deberá comprobar que el paciente no lleve prótesis en la boca y, en su caso, proceder a su retirada.

Una vez el tubo está insertado, Enfermería debe comprobar su correcta colocación a través de una auscultación epigástrica y de ambos campos pulmonares. Tras la intubación, Enfermería deberá ventilar y oxigenar al paciente con cánula, mascarilla y bolsa de reanimación con reservorio conectado a fuente de oxígeno. Tras la intubación, Enfermería debe prestar unos cuidados específicos encaminados al mayor confort del paciente y a evitar posibles complicaciones, siendo la neumonía nosocomial la principal complicación que se deriva de este procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La intubación endotraqueal es la técnica que se emplea para introducir un tubo a través de la boca hasta llegar a la tráquea para poder ventilar al paciente, administrar medicación y salvaguardar la vía respiratoria.

La asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en este procediendo es fundamental para que la técnica se desarrolle en perfecto estado y se minimicen los posibles efectos adversos y contratiempos, además de colaborar en que el tiempo que se utilice sea el mínimo, puesto que la pérdida de minutos puede acarrear consecuencias muy negativas en el paciente, siendo la más grave de ellas la muerte.

6 Bibliografía

- Artigas, M. O. (2012). La intubación endotraqueal. *Medicina intensiva*, 39, 1-8.
- Canales Ramos, A. N. (2022). Conocimiento y prácticas del mantenimiento de la intubación endotraqueal en el personal de enfermería del área de unidad de cuidados intensivos de los hospitales de la Diresa Lima, 2022.
- Moros, T. L., Crespo, L. R., Acín, I. A., Campagna, R. C., Jiménez, M. M. E., & Molero, R. I. (2021). Revisión bibliográfica sobre intubación endotraqueal, complicaciones y papel del equipo de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 46.
- Olvera, S. I. N., Castro, J. A. P., Trujillo, J. A., Arreola, M. S., Reyes, O. A. O., & Gómez, J. M. (2015). Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Revista CONAMED*, 20(S1), S7-S15.

Capítulo 117

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ENCEFALITIS AUTOINMUNE HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ANA PÉREZ PLAZA

GEMA MAGÁN CANO

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

1 Introducción

El término encefalitis está determinado por un conjunto de trastornos en los cuales se producen procesos inflamatorios de diverso origen y con manifestaciones múltiples como crisis epilépticas, demencia, disminución del nivel de conciencia o déficits locales.

La encefalitis es una enfermedad y complicación bastante considerables, a pesar de que, en conjunto, solo se producen en torno a 2/3 casos por cada 100.000; lo que se cuantifica en 1000 casos aproximadamente en España por año. Es poco probable que aparezca a edades inferiores a 25 años, aunque en mujeres tiene una incidencia mayor entre 20 y 45 años. ¹

Lo que hace más interesante y desconocida esta patología es su condición de autoinmune, es decir, la presencia de anticuerpos generados por nuestro cuerpo con nuestras células encargadas de la inmunología que atacan las estructuras y órganos; en este caso, el encéfalo.

Principalmente, se asocia a un tumor teratógeno con capacidad de neoplasias asociadas a este. Este se encarga de la producción de anticuerpos que interfieren en el receptor GABA o atacando el receptor LGI1 asociados a una encefalitis límbica. Actualmente, existen estrategias terapéuticas que avanzan con la investigación, alcanzando un 70-80% de respuesta eficaz ante el tratamiento. Consiste en dos líneas: una con inmunoglobulinas humanas y recambio plasmático (la que se utiliza con nuestra paciente) y otra consistente en dos fármacos: rituximab y ciclofosfamida.

Esta patología considerada como poco común, tiene asegurada un tratamiento conocido, aunque por su escasa prevalencia, es difícil su abordaje. Muchos casos no tienen una seguridad plena de recuperación y otros presentan alguna funcionalidad alterada a posteriori.

2 Objetivos

Exponer características de la encefalitis autoinmune a raíz de un caso clínico.

-Determinar los problemas potenciales y necesidades que van a surgir a raíz de la hospitalización de este tipo de pacientes.

3 Caso clínico

1. Valoración del paciente

Nuestra paciente tiene 43 años y procede de la provincia de Cuenca compartiendo el domicilio familiar junto a su madre. Acude al servicio de urgencias por el empeoramiento del estado general hasta 3 veces en la misma semana (12, 17,18) con síntomas similares como cefalea frontonasal, odinofagia, fiebre con tiritona o deposiciones diarreicas.; todo ello con sintomatología similar a sus sobrinos pequeños, que sufrían un proceso de características parecidas. Se produce el ingreso el día 18.

Desde el día anterior, la paciente sufría de un letargo mayor, mas bradipsiquia. Cuando se intenta mantener una conversación da respuestas incoherentes junto a un comienzo de temblor a nivel distal en miembros superiores que derivó en una incapacidad para llevar la cuchara a la boca.

En su exploración solo se observan alteraciones a nivel de la faringe con una pequeña hiperemia y a nivel neurológico se observa bradipsiquia y bradilalia (alteraciones a nivel de la conciencia y el habla) y en la punción lumbar una pleocitosis linfocitaria; con diagnóstico de una posible meningitis de origen vírico, con lo cual, se instaura un aislamiento respiratorio.

En otras exploraciones se le realiza un Tomografía Axial Computerizada craneal (20/01/2020) y una placa de torax sin más complicaciones.

Tras varios días, empeora. Realiza movimientos estereotipados, temblores, disfagia y mioclonías nocturnas. Se realiza otro TAC y se observan hipodensidades a nivel de la línea media. Se pide una resonancia magnética el día 27. Cada vez los síntomas son más intensos y se contacta con neurología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete o C.H.U.A para que se gestione un traslado a Unidad de Cuidados Intensivos o U.C.I para mayor estudio el día 28 al 29. Por tanto, al ingreso, tenemos una paciente con meningitis de predominio linfocitario, sospecha de encefalitis límbica, una hipernatremia asociada a su diabetes insípida y una infección previa ya resulta en Villarrobledo.

Exploración en el C.H.U.A

Informe de neurología: Se realiza video electroencefalograma con un registro de 20min. La actividad muestra ausencia de organización de los ritmos de manera difusa que es reactiva a estímulos con periodos de adormecimiento sin epilepsias.

2. Exposición de los problemas potenciales del paciente por parte de enfermería y/o del resto del equipo.

Nuestra paciente fue abordada según el protocolo de evaluación por estructuras o aparatos de la U.C.I. Pudimos observar que va a presentar problemas asociados a nivel neurológico en primera instancia. Este a su vez a considerar que según su Glasgow (escala que nos muestra el nivel de conciencia con un baremo del 1 como coma profundo o 15 alerta, orientada y participativa) inferior a 10. Esto presupone una paciente en un estado de letargo que solo responde a estímulos orales y táctiles pero que permanece constantemente durmiendo durante todo el día.

Derivamos que será:

- Paciente encamada debido a la incapacidad para moverse por su bradipsiquia. (Coordinación entre enfermero, auxiliar y celador)
- Paciente que necesitará alimentación que no se suministrará por vía oral debido a su disfagia. (Coordinación entre equipo médico, enfermero y auxiliar)
- Paciente que requerirá ser movilizada con el fin de evitar la proliferación de

lesiones cutáneas. (Coordinación entre enfermero, auxiliar y celador)

-Paciente que dispondrá la presencia de Sondaje Vesical debido a la incapacidad para evacuar por voluntad propia. (Coordinación entre equipo médico, enfermero y auxiliar)

-Paciente que necesitará un ambiente controlado y vigilado debido a la presencia de microorganismos de carácter infeccioso. (Coordinación de todo el equipo sanitario)

-Paciente que requerirá cuidados y aseo personales debido a la falta de iniciativa propia o de procesos que le impidan realizar su propia higiene. (Coordinación entre enfermero, auxiliar y celador)

-Paciente que tendrá que ser monitorizada y evaluada constantemente para observar su evolución diaria debido al estado de su proceso patológico. (Coordinación entre equipo médico y enfermero)

-Paciente que deba ser tratada con medidas de fisioterapia pasiva (hasta que sea participativa) para evitar la atrofia muscular y la rigidez articular. (Coordinado por fisioterapia)

-Paciente que conlleva la administración de fármacos y otras medidas no farmacéuticas acorde con su patología y el estado del proceso de la misma. (Coordinación entre equipo médico, enfermero y auxiliar)

-Paciente que requerirá un medio limpio e higiénico donde recuperar su salud. (Coordinación entre equipo interdisciplinar y personal sanitario).

3. Plan de cuidados de enfermería.

Para objetivar los cuidados que se realizan a la paciente me he centrado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

Respiratorio: Nuestra paciente ha llegado a un Glasgow tan bajo que llegue a peligrar su capacidad para respirar por una laxitud de la musculatura. No presenta alteraciones en el patrón.

Alimentación: En este caso, debido a la imposibilidad de tragar y de ser consciente del acto; se procederá a la colocación de Sonda Nasogástrica (debido al normo funcionamiento del estómago sin daños digestivos) con Nutrición Enteral. Patrón alterado.

Eliminación: En la misma línea con este patrón. Presenta una incapacidad propia de orinar por tanto requerirá la presencia de una Sonda Vesical conectada a un colector con grifo medidor que se revisará cada hora. En especial este patrón también debido a su hipernatremia y oliguria asociadas.

Movilidad: Asociado a su Glasgow bajo y su bradipsiquia, permanece encamada

con ligera limitación del movimiento. Además, debido a este estado, precisó la utilización de contención manual para evitar la retirada de sonda constante.

Descanso: Anteriormente presentaba dificultades. Debido al estado actual, pasa el día constantemente en letargia y somnolencia con periodos de sueño profundo, aunque no podemos evaluar si este es reparador o no.

Vestimenta: Se proporciona ropa adecuada tanto a su talla como las características ambientales de la habitación. Durante estos días, preciso control de la cantidad de ropa de cama debido a su temperatura corporal ligeramente baja. No observó indicios de alteración más allá de la necesaria por protocolo hospitalario.

Temperatura: Como anteriormente mencioné, la paciente precisó de control de temperatura por la sonda a nivel rectal, observando una ligera disminución del límite mínimo considerando la variación máxima y mínima Inter personas. Presencia una ligera alteración.

Higiene: La paciente no presentó signos de descuido de la higiene o falta de autocuidado más allá del realizado por el equipo interdisciplinar. Mantiene buena coloración, pigmentación y olor corporal gracias a la higiene realizada en servicio, así como del lavado de boca, ojos que se realiza diariamente. No observo indicios de alteración.

Seguridad: En el servicio de U.C.I del C.H.U.A, se precisó la contención mecánica para evitar el daño por extracción de sondas. Además, también en estos pacientes y como en planta, se debe tener la presencia de las barandillas de seguridad siempre fijadas tras la realización de la higiene, exploración u otras actividades y durante la encamación para evitar caídas. Así mismo, tener en cuenta, la seguridad del equipo sanitario ante la condición de aislamiento de la paciente utilizando las medidas adecuadas según protocolo por tanto se encuentra alterado este patrón.

Religión: No hemos podido obtener datos de la paciente debido a su bradilalia. No somos capaces de comprender datos ni obtener si era creyente y la fe que profesaba por tanto esta alterado en esta cuestión por la incapacidad de procesar sus sentimientos religiosos.

Trabajo: En este caso similar; familiares comentan su trabajo sobre auxiliar de farmacia y trabajos temporales agrícolas con su familia; por tanto, debido a su estado, es incapaz de estar en su puesto de trabajo y por eso está alterado.

Ocio: Cuando hablamos con familiares (hermano) pudimos descubrir su pasión por la música y su participación en la banda de música municipal, el cual era su principal actividad de recreación y ocio que obviamente no podía realizar debido a su estado con lo cual su participación en actividades lúdicas esta alterada.

7. Desarrollo: Ella ha estudiado el módulo, seguía formándose y compaginaba su trabajo con otras actividades lúdicas como la música y lo que conlleva su apren-

dizaje que, no podía seguir desarrollando debido a su estancia hospitalaria, por ello se encuentra alterado este patrón.

Por tanto, deberemos centrarnos en:

Protocolo de nutrición enteral₄: el cuidado y mantenimiento de la sonda nasogástrica mediante su colocación, revisión y centrarnos en su correcta administración. De ello obtenemos:

Comprobar su correcta colocación y retirada mediante la inyección de aire, unos 30-50ml a través de la sonda, auscultando el estómago y comprobando el gorgoteo del contenido gástrico para su posterior fijación en la nariz. Cuando está presente un color oscuro, esté obstruida o se la quite, se deberá cambiar, así como el sistema cada día.

Comprobar la fijación de la misma mediante: a) Cambiar el esparadrapo diariamente, procurando que durante el turno este seco, correctamente pegado y sujeto; lavando la piel y secándola para que fije bien. Poner un esparadrapo en la marca calculada mediante la medida desde la sínfisis craneal a nariz y a estómago. b) Recolocación de sonda, sacando y reintroduciendo un par de centímetros y también alternando el punto de apoyo para evitar ulceraciones de la mucosa tanto orofaríngea como nasal. Teniendo en cuenta que, debido a su estado de bradipsiquia, tiende a quitársela constantemente.

Comprobar el estado de la nariz y boca encargándose de: a) Nariz: Limpiaremos los orificios y lubricaremos para evitar lesiones de la mucosa por la mañana y tarde. b) Boca: Utilizaremos una gasa con antiséptico dos veces al día (mañana y tarde) que pasaremos por dientes y lengua en este caso debido al estado alterado de conciencia. Terminaremos con lubricante en labios para evitar que se resequen.

Protocolo de sondaje vesical₅: Debido a su incapacidad para realizar la micción voluntaria, así como el control de la diuresis debido a su hipernatremia asociada a una diabetes insípida, necesitaremos colocarla según el protocolo lo más estéril posible, así como vigilar signos de obstrucción y de fin de tratamiento.

Colocación de la sonda vesical en U.C.I: Necesitamos la ayuda por parte de nuestros compañeros auxiliares que colaborara en la colocación de la bata estéril y en abrir el material en campo estéril (pañó estéril). Se lavará bien la zona perineal en conjunto y con guantes estériles, mascarilla y demás material, se procederá a colocar la sonda con la misma técnica que en planta. Posteriormente se conectará a urinómetro para contabilizar cada hora la diuresis.

Mantenimiento de la higiene de la sonda: Diariamente deberemos de: a) Debemos vigilar por turno el estado a fin de evitar la obstrucción de la misma. Observar fugas, coloración y cambiarla cuando sea necesario. b) Realizar la higiene de la

zona perineal diaria para que no se convierta en un foco de infección. c) Mantener el recorrido sin acodos, moverla con sentido rotatorio para evitar el reflujo de orina (que produce infección). d) Vigilar síntomas de infección mediante el aumento de la temperatura, secreciones, dolor, sangre etc....

Protocolo para pacientes encamados.º: He seguido el protocolo del servei de Alcantar. En este caso la paciente precisa cuidados los tres primeros días como paciente encamado, aunque existen traslados a sillón, debido a su estado no puede colaborar con la higiene ni con los cambios posturales. El paciente encamado requiere cuidados a todos los niveles y aparatos. a) Respiración: Se puede producir la acumulación de mucosidad que deberá ser asegurada su eliminación debido a su disfagia mediante la limpieza de boca y aspirado de secreciones al menos una vez por turno. b) Eliminación: El paciente encamado imposibilita el movimiento intestinal ayudado por musculatura externa con lo cual se favorece el estreñimiento; se vigilará un tiempo máximo si no defeca y se avisará a equipo médico para que valore situación. c) Descanso: El encamamiento impide el gasto de energía necesario para provocar una mayor necesidad de descanso, con lo cual, se produce insomnio asociado a la estancia. d) Movilidad: Principalmente el paciente no realiza actividad y con ello se atrofian las fibras musculares, que será necesaria la Inter colaboración con fisioterapia cada mañana o dependiendo de la patología. e) Ulceras por presión o U.P.P: Diariamente en la higiene matutina y en el cambio de ropa de cama por la tarde se debe vigilar la aparición de lesiones cutáneas en la piel. Valorar el estado de agresión de las mismas y procurar cambios posturales por turno cada 2 horas si lo permite la patología y la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en las higienes y cambios o A.G.H.O. f) Cambios posturales.º: En este caso un paciente no colaborador, necesitamos al menos tres personas; una dirigirá cabeza y las otras a ambos lados. Ajustando lo más posible sus manos al torso con la sabana agarrada a nivel de tórax y muslos se realizará a la orden de la cabeza que también cogerá extremos de ambos laterales a la cara y se desplazará hacia arriba o el lado de cambio o higiene necesarias. También se mantendrá en decúbito supino, se flexionará una rodilla, se cogerá de hombro y cadera y desplazará hacia el lado que no esté doblada la rodilla para cura, higiene o cambia de ropa.

Protocolo de aislamiento.º: Me he basado en servicio andaluz de salud. La paciente presentó un cuadro de meningitis diagnosticada en Villarrobledo a la cual se derivó en una encefalitis autoinmune. Ante la condición de la misma, se objetivó la presencia al traslado en Albacete, que se encontrará en una habitación en

régimen de aislamiento preventivo.

En este tipo de aislamiento deberemos seguir: a) Medidas de precaución universal: Lavado de manos, guantes (que no sustituyen el no lavarse), mascarilla por riesgo de secreciones a la cara, bata (por la misma razón anterior) y cuidados con el material en contacto con la paciente. b) Medidas de contacto: Al no transmitirse por medio aéreo, las secreciones serán lo importante a evitar. Bata antes de entrar, guantes junto con el lavado y en caso de no, gel alcohólico y mascarilla si realizamos acciones que puedan producir salpicaduras. Deberemos limitar visitas y guardar la ropa de cama y paciente en bolsas aparte.

Protocolo de mantenimiento de PICC o Catéter Central de Inserción Periférica (siglas en inglés): He cogido las referencias del C.H.U.A. Para perfundir las perfusiones necesarias necesitamos la introducción de un catéter central de acceso periférico para obtener más control de fármacos y que actúen a un nivel específico. A tener en cuenta que: a) Vigilar que el punto de inserción tenga un color adecuado, que no estén obstruidas las luces mediante la correcta perfusión de mantenimiento a 4ml/h o favoreciendo la viabilidad mediante suero en las luces por turno. Cambiar los apósitos cada semana con técnica estéril usando clorhexidina y no soluciones alcohólicas. b) Extraer sangre: Medidas de precaución universal; extraemos una jeringa de 10 c/c de sangre apagando previamente perfusiones y cerrando su entrada. Limpiamos con clorhexidina y colocamos vacutainer. Extraemos tubos y lavamos con otros 10cc con suero. Reconectamos perfusiones.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos comprobar que la encefalitis autoinmune es una enfermedad poco común, pero grave que puede tener consecuencias devastadoras si no se trata correctamente. Se debe implantar con la mayor prontitud un diagnóstico precoz, realizando pruebas médicas como se observó en la paciente, utilizando resonancias así como electroencefalogramas para poder descartar otras patologías, ya que los síntomas pueden ser similares a otras enfermedades neurológicas.

El tratamiento de esta patología es crucial antes de que puedan aparecer síntomas neurológicos graves como convulsiones, pérdida de memoria, dificultades para hablar y problemas de equilibrio que pueden cronificarse y dificultar la recuperación una vez abordados; tras la administración de plasmaféresis a la paciente se pudo comprobar que esta técnica al eliminar el plasma del paciente y reemplazarlo con plasma fresco o solución salina, pudo ayudar a eliminar los anticuerpos dañinos y reducir la inflamación.

También es importante brindar rehabilitación neurológica y soporte a los pacientes para ayudarles a recuperarse de los daños causados por la enfermedad. Esto puede incluir fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, tanto para los efectos de la enfermedad como aquellos que necesiten ser intubados en los cuidados post-uci.

En resumen, el tratamiento de la encefalitis autoinmune es de vital importancia debido a la gravedad de sus síntomas y sus posibles efectos incapacitantes. La identificación de las causas y su abordaje, así como la administración de medicamentos que controlen esas causas y las derivadas de estas, desempeñan un papel esencial en la efectividad del tratamiento, pero recordar que debe ser personalizado para cada paciente, ya que puede variar según la gravedad de la enfermedad y la respuesta individual a los medicamentos.

5 Bibliografía

1. M G, H A, J D. ENCEFALITIS AUTOINMUNES. Revista de Neurología [Internet]. 2018;66 (Supl. 2):S1-S6. Available from: <https://doi.org/10.33588/rn.66S02.2018168%0A>

USADA EN INTRODUCCION.

2. Manuel E. Jiménez-Mejías (Coordinador)¹, Rosario Amaya Villar², Alfredo Palomino García³, Ma Aurora Morilla Alfaro², Julián Palomino Nicás¹ y FJMR. Encefalitis y meningoencefalitis [Internet]. Hospital Universitario Virgen del Rocío. 2017. p. 1. Available from: <http://guiaprioam.com/indice/encefalitis-y-meningoencefalitis-agudas-virales-y-no-virales/>

3. - Martínez Nieto, José Manuel. - Delgado Romero, Ascensión. - Fuentes Cebada, Luis. - Sanlés Pérez, Manuel. - Carnicer Fuentes, Concepción. - Castro Yuste, Cristina. - Moreno Corral, Luis Javier. - Abellán Hervás MJ. COLECCIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA VALORACIÓN, PLANIFICACIÓN Y REGISTRO CLÍNICO EN ENFERMERÍA [Internet]. Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz. SAS. Available from: <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16629/Colección documentos valoración planificación registro clínico enfermería.pdf?sequence=1%0>

4. Alba A, Chumillas A, Córcoles E, Díaz R, Guzmán EM, Jiménez L, et al. Protocolo de actuación de enfermería en el manejo de la nutrición enteral. Sescam “Servicio salud Castilla la Mancha” [Internet]. 2012;2(4):3–29. Available from: www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/180d78de8e55e21de62aca480e02d65e.pdf%0D

5. Denia Cortés Á, González Fernández A, López Oliver AI, Velasco Sánchez E, Castillo García D. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. Complejo Hosp Unniversitario Albacete [Internet]. 2011;1–26. Available from: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a96107da6191c6afcb07198011577dcf.pdf>
6. Unidad Planes de Cuidados. Plan de cuidados al paciente en situación de: encamado prolongado (> 72h). 2010;24. Available from: http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18131/Plan+de+cuidados+al+paciente+encamado_2010.pdf
7. AISLAMIENTO HABITACIONES. Serv ANDALUZ SALUD [Internet]. 2011; Available from: [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos de interes/Infecciones/AISLAMIENTOSHabitación.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Infecciones/AISLAMIENTOSHabitaci3n.pdf)
8. Paulista UE, Em PDEP, Biológicas C. MANTENIMIENTO DE POWER-PICC. :24. Available from: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/6eeab93a7bdb8d7daf44813389c8bfc6.pdf>

Capítulo 118

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN

LAURA VARGAS BEAMUD

CELIA ARROYO MOLINA

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

BLANCA HERRERO ALCAIDE

1 Introducción

Los errores de la medicación, tanto si es por error en el paciente como en la vía de administración, constituyen un riesgo vital para este paciente.

Se conoce que aun administrando correctamente un fármaco o medicación pueden afectar y provocar complicaciones o efectos adversos en el paciente. También en el tema de errores en la medicación se puede hablar de la cadena de los posibles errores de medicación, puede comenzar en la lectura de medicamento erróneamente, la transcripción, la dosis, la vía de administración, la preparación errónea de un fármaco, el medicamento que puede estar caducado o deteriorado en cuanto al almacenamiento y por supuesto administración al paciente correcto. La prevención sería en toda la cadena de errores en medicación en general.

Se puede definir, según la Organización mundial de la salud, los errores de medicación como “evento o circunstancia que podría haber resultado, o resultó, un daño innecesario a un paciente”, un fallo en el proceso de tratamiento que conduce, o tiene el potencial de conducir, a un daño en el paciente.

Por ello la prevención en cuanto a los posibles errores de medicación tanto en la administración como de paciente deben ser prevenidos, por ello enfermería debe conocer las diferentes técnicas que puede realizar para evitar el error en la medicación.

2 Objetivos

- Conocer el posible protocolo a seguir y que podrá realizar el profesional de enfermería para evitar errores en la medicación.

3 Metodología

Nos planteamos realizar una búsqueda bibliográfica en la que debemos incluir artículos en las que puedan ofrecernos datos sobre como los cuidados y prevención de errores en la medicación. Se han consultado bases de datos de Pubmed, Scielo, Chrocrane.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos en los que nos indican que posibles soluciones pueden realizar ante la prevención de errores en la medicación:

- Enfermería es un profesional de los que puede realizar algún error al administrar por una vida diferente o intercambiar la medicación de un paciente u otro.
- Es importante que durante la realización de preparación de la medicación no distraer ni hablar al profesional de enfermería. Ante las distracciones en este momento puede generar un error en la preparación de los fármacos, incluso en vía en la que se puede administrar.
- En otras ocasiones, la escritura, si es ilegible o incompleta, también puede ser causa de error en la administración de la medicación.
- Enfermería preparará la medicación en un lugar tranquilo en el que no sucedan interrupciones durante este momento en el cual enfermería necesita estar con

todos los sentidos puestos para realizar tal tarea sin errores que puedan ocasionar problemas.

- En la actualidad muchos de los programas informáticos, los cuales se utilizan en el día a día del trabajo hospitalario, no solo nos aparece la medicación pautaada por el facultativo, sino que también nos indica como debe ser la administración, oral, intravenosa, intramuscular, si el fármaco debe estar diluido o no.
- Se puede decir que en caso de error en el tema de la medicación, todos los profesionales sanitarios que deseen notificar errores de medicación y compartir su experiencia para ayudar a evitarlos, pueden notificar online a través de nuestro formulario, enviar un email al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, o descargar y cumplimentar el impreso de notificación y enviarlo por correo postal. Todas las notificaciones se tratarán de forma estrictamente confidencial.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar la importancia de la cadena de la administración de fármacos, para evitar o prevenir errores en la medicación.

Por ello, el profesional de enfermería deberá realizar la preparación de la medicación en un lugar seguro en el que las interrupciones sean pocas o no existen. También se ha podido ver que existen programas informáticos en los que la enfermera puede ver qué medicación debe administrar y en que vía va a ser administrada.

Son muchos los errores que se pueden llegar a cometer, pero para ello ante todo la seguridad en la administración de la medicación y por supuesto en caso de errores en la medicación serán notificados inmediatamente.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. 2016 diciembre;Boletín no 42.
2. Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, Aranz J. Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. Rev Panam Salud Publica 2012;31(2):95-101.

Capítulo 119

LAS SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS. EL PAPEL DE ENFERMERÍA.

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

JULIA GARRIDO PÉREZ

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

MARÍA MORA CORRAL

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

1 Introducción

Actualmente, el uso de las sujeciones es un tema que crea polémica dentro de la asistencia sanitaria, en especial de la asistencia a los más mayores de la población. Su uso cada vez está más cuestionado porque múltiples estudios avalan que no disminuyen caídas y que provocan más alteración aún de los pacientes que las usan.

Existen dos tipos las físicas y las sujeciones químicas, consiguiendo limitar el movimiento del paciente en situaciones de agitación (1).

Este debate viene determinado porque se pondrían en duda derechos como, por ejemplo, la libertad, autonomía, bienestar personal... También pueden llegar a desembocar en problemas de salud como serían desgarros de la piel, deterioro cognitivo y funcional... En múltiples ocasiones su uso no se hace de manera

racional ni legalmente ya que a veces no se cuenta con el consentimiento del propio paciente o sus familiares.

La creación del debate sobre el uso de contenciones viene desembocada porque no existe ley o marco legislativo que hable específicamente de esta técnica, lo que da lugar a múltiples opiniones y debates sobre su uso (2).

Para su uso, es necesario que el personal sanitario conozca bien el uso y las consecuencias que pueden existir al usar estas prácticas. Para ello es útil el uso de protocolos que estén creados por las instituciones sanitarias y formar a los profesionales con educación mediante talleres, formación continuada y por supuesto la educación a los familiares.

2 Objetivos

- Investigar sobre los protocolos existentes acerca de este tema
- Identificar el papel de enfermería en el uso de esta práctica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica más actual. Los sitios elegidos para realizar esta búsqueda han sido algunas bases de datos como pubmed, Medline o scielo, eligiendo los artículos que tuvieran evidencia científica y que fueran actualizados acerca del tema escogido.

4 Resultados

Como profesionales enfermeras debemos saber distinguir cuales son los diferentes tipos de sujeciones que existen en función del criterio que usemos (2):

- Dependiendo del método de aplicación pueden ser sujeciones físicas y sujeciones químicas.
- En función de los objetos utilizados tales como cinturones abdominales, muñequeras, sábanas, barandillas de camas.
- Según el tiempo de uso, las agudas son usadas de manera excepcional y las crónicas son consideradas a partir de una semana de uso.
- Voluntarias e involuntarias

En el caso de los tratamientos medicamentosos usados como pueden ser las benzodiazepinas, hipnóticos, antidepresivos, entre otros hay que saber diferenciar si

se usan porque el paciente padezca algún trastorno diagnosticado como puede ser el Alzheimer o simplemente para mantenerlo tranquilo y poder facilitar el trabajo del personal. En el primer supuesto no estaríamos hablando de sujeción química, porque se usa para paliar unos síntomas de una enfermedad diagnosticada.

Como profesionales de la salud debemos conocer los supuestos en los que podemos usar esta práctica y conocer sus posibles consecuencias. Su uso debe realizarse de manera excepcional y siendo siempre la última opción.

Deberemos detectar los factores de riesgo para justificar el uso de esta indicación tales como barreras arquitectónicas, equipos de seguridad que predisponen mayor riesgo de caídas y accidentes. Alteraciones en la postura, marcha, equilibrio.

Evaluar el riesgo de caídas de nuestro paciente con las herramientas disponibles como la escala de Downton. Descartar que la alteración proviene de una causa orgánica como puede ser una enfermedad o proceso infeccioso.

Otro punto a tener en cuenta es el consentimiento informado que debe ser firmado por el paciente cuando esté en plenas facultades o un representante legal, que puede ser un familiar (1). Este consentimiento entra dentro de la ley de autonomía del paciente, dentro de la ley de sanidad. Debemos evitar que sea realizado de manera verbal, como suele ocurrir en la mayoría de los casos, estos episodios deben quedar registrados en la historia de nuestro paciente, dejando claro el médico que emite esta orden y el personal implicado y porque se realizó y cuáles serán los beneficios que tendrá para nuestro paciente.

Para que todos los profesionales sigamos la misma línea de actuación, existen diferentes protocolos como los que crean algunas organizaciones como la sociedad española de geriatría y gerontología (SEGG) (1)

5 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería es clave dentro del equipo en la atención a las personas que sea necesario usar las sujeciones. Debemos velar que nuestras actuaciones estén basadas en una evidencia científica, por lo tanto, debemos aportar el conocimiento necesario acerca de los beneficios y riesgos del uso de las sujeciones (3). Teniendo en cuenta, que, en el caso de las sujeciones químicas, exponen a nuestros pacientes a tener efectos secundarios por el abuso de los fármacos y su propia situación, pueden provocar estados de somnolencia irreversibles. Apoyar a nuestros compañeros a realizar esta práctica siempre dentro del marco legal y tener claro cuál es. También, debemos tener como premisa actuar siempre

en beneficio del paciente y no por comodidad de nuestro trabajo.

En cuanto a la revisión de los protocolos existentes, concluimos que no son eficaces porque no dejan claro cuando se deben usar y no proponen otras opciones para evitar las sujeciones.

6 Bibliografía

1. la Ley LPI se D de AC, De octubre de 1., del Sector Público de RJ, de servicio”. E “los ÓAPD las A de SÓJDMI y. Ó. “PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS Y FARMACOLÓGICAS EN RESIDENCIAS DE MAYORES Y CENTROS DE DÍA DE LA AGENCIA MADRILEÑA DE ATENCIÓN SOCIAL (AMAS). (Revisión)” [Internet]. Comunidad.madrid. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/servicios-sociales/instruccion_no_7.pdf
2. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014 [citado 27 de Septiembre]. Disponible en: [file:///C:/Users/beamu/Downloads/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/beamu/Downloads/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones%20(1).pdf)
3. de Atención Sociosanitaria Y Domicilios GPLAEDESFYQENC. CÓMO SE ELIMINAN LAS SUJECIONES [Internet]. Acpgerontologia.com. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminarsujecionescuidadosdignos.pdf>

Capítulo 120

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

MARIO SANCHEZ NAVIO

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

1 Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se encuentran pacientes críticos que requieren unos tratamientos específicos y que precisan de un personal muy formado en la materia. Una de estas terapias es la oxigenación por membrana extracorpórea, llamada comúnmente como terapia ECMO, utilizada en pacientes con una insuficiencia respiratoria y/o cardíaca que no han respondido al tratamiento convencional.

La terapia ECMO se basa principalmente en la extracción de sangre del cuerpo por parte de una bomba mecánica que realiza el intercambio de oxígeno y dióxido

de carbono y, una vez realizado dicho intercambio, devuelve la sangre al organismo.

Existen dos tipos de terapia dependiendo de las necesidades del paciente y de ello dependerá la colocación de los catéteres.

Para soporte respiratorio utilizaremos el ECMO veno-venoso, canalizando catéteres en vena yugular o subclavia y un segundo en vena femoral. Indicado en casos de síndrome de distres respiratorio agudo, situaciones de hipercapnia, como paso previo a trasplantes pulmonares, etc.

Para soporte hemodinámico, acompañado a su vez de respiratorio, encontramos el ECMO veno-arterial, siendo los vasos elegidos la vena y arteria femoral. Indicado en casos de shock cardiogénico, miocarditis aguda, como paso previo a trasplante cardíaco, etc.

Sin embargo, también existen numerosas contraindicaciones indistintamente del modo utilizado, no todos los pacientes son subsidiarios de la terapia ECMO.

Una vez iniciada la terapia es papel del personal de enfermería, la monitorización y vigilancia para garantizar unos cuidados de calidad y evitar complicaciones.

2 Objetivos

1. Dar a conocer los cuidados y manejo por parte del personal de enfermería en el paciente con oxigenación por membrana extracorpórea.
2. Identificar las posibles complicaciones que pueden aparecer en pacientes críticos dependientes de la terapia Ecmo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 circuito del ECMO consta de cánulas de drenaje que deberán ser del mayor tamaño posible para favorecer el máximo flujo de sangre sin llegar a provocar complicaciones añadidas al paciente. La bomba mecánica que se encarga de

generar las presiones, negativa en la entrada para extraer la sangre del cuerpo y positiva en la salida para devolverla y crear así un flujo continuo de sangre. El oxigenador que se encarga del intercambio gaseoso y de regular la temperatura. Una vez se ha iniciado la terapia ECMO en el paciente, es papel del personal de enfermería encargarse de su correcto funcionamiento y de su monitorización. Los cuidados principales que se deben realizar constan de:

- Monitorizar y anotar los datos referentes a flujo, presiones tanto venosas como arteriales, revoluciones por minuto, saturación venosa de oxígeno, ...
- Monitorización del paciente, tanto neurológica como hemodinámica. En caso de ser terapia veno-arterial, el pulsioxímetro debe colocarse en la mano derecha para la detección precoz del síndrome de Arlequín.
- Revisar conexiones y evitar acodaduras, así como fijación de las cánulas.
- Vigilar la posible aparición de coágulos y burbujas en el sistema y tener siempre disponible unas pinzas para clampar el sistema en caso de que sea necesario.
- Vigilar signos de sangrado, reduciendo al máximo las manipulaciones que puedan suponer un riesgo de sangrado y mantener los apósitos lo más limpios posible. Realizar las técnicas de la manera más aséptica posible para evitar infecciones.
- Mantener al paciente en posición de decúbito supino con el cabecero ligeramente elevado, y en caso de movilizar, realizarlo siempre en bloque y sobre el lado canulado preferentemente.
- Realizar los controles de anticoagulación según el protocolo establecido y controles gasométricos según orden facultativa.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes críticos dependientes de la terapia de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) necesitan un manejo y una serie de cuidados especiales que requieren de una gran cantidad de profesionales para garantizar una óptima recuperación. Es de vital importancia reconocer posibles signos de alerta y así evitar complicaciones que puedan aumentar el tiempo de ingreso de estos pacientes e incluso la muerte.

Es importante que en las unidades de cuidados intensivos se forme a todo el personal responsable de la atención de dichos pacientes y, a su vez, existan unos protocolos que estandaricen el manejo y cuidados para favorecer una atención y seguimiento de calidad

6 Bibliografía

1. Betit P. Technical Advances in the Field of ECMO. *Respir Care*. 2018 Sep;63(9):1162-1173. doi: 10.4187/respcare.06320. PMID: 30166411.
2. Lima Linares R, et al. Oxigenación con membrana extracorpórea. *Rev Chil Anest* 2021; 50: 314-329.
3. Marín Turrubia L, et al. Cuidados de enfermería al paciente con oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO): revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*. Vol. 2, N°. 12 (Diciembre), 2021.
4. Díaz R, Fajardo C, Rufs J. Historia del ECMO (Oxigenación por membrana extracorpórea o soporte vital extracorpóreo) (Extracorporeal membrane oxygenation) *Rev. Med. Clin. Condes* - 2017; 28(5) 796-802.
5. Chaica V, Pontífice-Sousa P, Marques R. Enfoque de enfermería a la persona en situación crítica sometida a oxigenación por membrana extracorpórea: Scoping review. *Enferm. Glob*. Vol.19 no.59 Jul 2020.

Capítulo 121

CHARLAS DE ENFERMERÍA EN CENTROS EDUCATIVOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MERCEDES MEGIA CAMACHO

1 Introducción

Cada vez es más temprano cuando jóvenes, adolescentes e incluso niños y niñas empiezan a experimentar relaciones sexuales, por ello, es muy importante la educación sanitaria en ellos desde temprana edad para prevenir un embarazo no deseado o la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

A día de hoy, cada vez son más frecuentes las charlas educativas que se imparten en los centros educativos donde el papel de enfermería es crucial sobre la educación en estos centros.

Como ya se ha dicho anteriormente los métodos anticonceptivos son útiles para evitar un embarazo no deseado y para reducir la posibilidad de transmisión de enfermedades como (1,2):

- ☒ -Chlamydia trachomatis (CT).
- ☒ -Virus del papiloma humano (VPH).
- ☒ -Neisseria gonorrhoeae.
- ☒ -Virus del herpes simple.
- ☒ -Tricomonas vaginalis.
- ☒ -Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- ☒ -Sífilis.
- ☒ -Virus de la Hepatitis B.

Cada vez es mayor el número de adolescentes de entre 15 y 24 años que sufren contagio de Enfermedades de transmisión sexual. Por ello, es importante incidir en la prevención. El Virus del Papiloma Humano se previene, a través de una vacuna que se administra en tres dosis en niñas y niños a partir de los 14 años (1).

Existe un número elevado de adolescentes que se contagian de Enfermedades de transmisión sexual, aproximadamente 20 millones en Estados Unidos y el rango de edad es de 15 a 24 años (1).

2 Objetivos

- Conocer los distintos métodos anticonceptivos y la función de cada uno de ellos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de artículos científicos de la base de datos Medline, de una biblioteca con distintas bases de datos científicas como es Cochrane y de Google académico, que es un buscador en el que aparecen variedad de artículos científicos de distintas bases de datos y los artículos están basados en la evidencia científica.

Todos los artículos que se han seleccionado son de texto completo y con una antigüedad máxima de 5 años.

Por otra parte, se han excluido los artículos de pago y los que solo presentaban un resumen en su contenido. Por último, el idioma que ha sido utilizado es el inglés y el español.

4 Resultados

El método anticonceptivo más utilizado para impedir las Enfermedades de transmisión sexual es el preservativo. Existen preservativos masculinos y femeninos (3).

Los implantes y el dispositivo intrauterino (DIU) son métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo, no las ETS. Se ha demostrado que son bastante eficaces. La diferencia entre ambos es que el implante se coloca en el brazo debajo de la piel y tiene un efecto de protección de 3 años (4).

Sin embargo, el dispositivo intrauterino se coloca a través de la vagina hasta llegar al útero. Tanto el implante como el dispositivo intrauterino pueden causar desarreglos en la menstruación hasta que el organismo se acostumbra a ellos (4). A continuación, se mencionarán un listado de métodos anticonceptivos (5,6):

- Anticonceptivos orales: son pastillas que se toman por vía oral, todos los días a la misma hora. Los olvidos disminuye su protección. El blíster consta de 4 semanas con 7 pastillas cada semana. Una de las semanas, la última es la semana placebo, donde se realiza el descanso de la toma de pastillas. Las 3 semanas restantes incluyen la toma diaria. No previene ETS.
Se diferencian con el color. Las pastillas de color naranja son el principio activo que se debe tomar a diario y las pastillas de color blanco, corresponden a la semana de placebo.
- Parches transdérmicos: tienen una duración de protección de 3 semanas y el parche puede ser colocado en “abdomen, torso superior y glúteos”. No previene ETS.
- Anillo vaginal: tiene la misma duración de protección que el parche transdérmico, pero se diferencia la zona en la que se coloca el anillo, que es en la vagina. No previene ETS
- Implante subcutáneo. Es una varilla que se coloca en el brazo debajo de la piel, y tiene una duración de 3 años de protección (4). Su efecto de protección disminuye con el tiempo. Por último los estudios aportan que tiene una protección del 99% en las relaciones sexuales. No previene ETS.
- Dispositivo Intrauterino: es útil por su larga duración de 5 años de protección en relaciones sexuales. No previene ETS.
- Diafragma con espermicida.
- Preservativo masculino y femenino: son los métodos barrera utilizados para evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual. También se utilizan para evitar embarazos no deseados.
- Esponja vaginal.

- Pastilla del día después: es un método de urgencia después de haber mantenido relaciones sexuales sin la utilización de ningún método anticonceptivo o ante el fallo de estos.

En relación con los métodos anticonceptivos anteriores los preservativos tanto masculinos como femeninos, son los únicos que evitan el contagio de enfermedades de transmisión sexual. El resto de métodos anticonceptivos son para evitar embarazos no deseados, aquí también se incluyen los preservativos.

También se debe tener en cuenta que ningún método anticonceptivo es fiable al 100% y con cualquiera de ellos una mujer podría quedar embarazada.

Por último, todos los métodos anticonceptivos anteriores se deben explicar en la adolescencia, donde empiezan a experimentar cambios en su organismo, pero aún no tienen conocimiento necesario para que, no haya consecuencias posteriores.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez es mayor el número de adolescentes que tienen pareja y les gustaría ir más allá experimentando sus primeras relaciones sexuales.

El problema es que, no saben las consecuencias que puede acarrear tener relaciones sexuales con una persona de la que desconoces el estado de salud general y concretamente su estado serológico.

Por ello, se deben abordar las charlas en centros educativos con la figura de una enfermera, que explique a los adolescentes las posibles enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias.

También, se ha de dar a conocer los diferentes tipos de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado y para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

6 Bibliografía

1. Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. *Curr Opin Pediatr* [Internet]. 2018 [citado el 19 de septiembre de 2023];30(1):137–43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5856484/>
2. Kreisel KM, Spicknall IH, Gargano JW, Lewis FMT, Lewis RM, Markowitz LE, Roberts H, Johnson AS, Song R, St Cyr SB, Weston EJ, Torrone EA, Weinstein HS. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2018. *Sex Transm Dis*. 2021 Apr 1;48(4):208-214.

- doi: 10.1097/OLQ.0000000000001355. PMID: 33492089; PMCID: PMC10245608. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10245608/>
3. Steiner RJ, Pampati S, Kortsmid KM, Liddon N, Swartzendruber A, Pazol K. Long-Acting Reversible Contraception, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2021 Nov;61(5):750-760. doi: 10.1016/j.amepre.2021.04.032. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34686301; PMCID: PMC9125421. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9125421/>
4. Sothornwit J, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Pattanittum P, Averbach SH. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant and IUD for contraception. *Cochrane Libr [Internet].* 2022 [citado el 19 de septiembre de 2023];2022(10). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011913.pub3/full/es>
5. Jgiraldez P. 4. Eficacia y seguridad de los métodos anticonceptivos [Internet]. *GuíaSalud.* 2020 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/anticoncepcion-eficacia/>
6. Mendieta, Juan Carlos Brenes, and María Angélica Montero Rojas. "Anticoncepción Adolescente: Enfoque Práctico para la elección del método ideal." *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica* 10.4 (2021): 48-54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=99332>

Capítulo 122

FARMACOLOGÍA PALIATIVA. LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A PACIENTES TERMINALES

IRENE PEÑALVER COLMENERO

YOANA ZARCO SORIANO

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

1 Introducción

La organización mundial de la salud (OMS) define los cuidados paliativos como la prevención del sufrimiento y el alivio del dolor mediante una detección temprana del dolor y otros problemas físicos derivados de la enfermedad padecida por el paciente que se encuentra en estado terminal, así como los problemas psicológicos y emocionales.

Los pacientes en situación terminal sufren una serie de síntomas frecuentemente que le imposibilitan y modifican el bienestar del paciente. En la unidad de cuida-

dos paliativos son atendidos aquellos pacientes que los tratamientos empleados para mitigar la evolución de la enfermedad que padecen no resultan efectivos. En cuanto a la farmacología utilizada en las unidades de cuidados paliativos se centrarán en determinar tratamientos farmacológicos destinados a mitigar el dolor del paciente para garantizar una mejor condición de vida durante el periodo de tiempo que le quede al paciente antes de morir.

El equipo de enfermería deberá tener en cuenta una serie de consideraciones a la hora de administrar un medicamento u otro.

- Administrar tratamientos sintomáticos para garantizar un mayor confort.
- Eliminar de la lista aquellos medicamentos no necesarios para controlar el alivio de los síntomas.
- Eliminar de la lista aquellos tratamientos complicados que perjudiquen el estado de salud del paciente terminal.

2 Objetivos

- Emplear la definición de la OMS sobre los cuidados paliativos para entender la actuación del equipo de enfermería con los pacientes terminales.
- Conocer las consideraciones básicas a tener en cuenta por el equipo médico durante la administración farmacológica.
- Enumerar las responsabilidades ejecutadas por el equipo de enfermería a cargo del paciente terminal en cuanto al tratamiento farmacológico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Anteriormente se ha podido comprobar las consideraciones que deben tener en cuenta el equipo de enfermería durante la administración de fármacos a los pacientes paliativos para evitar la administración de medicamentos innecesarios a los pacientes que no responden a los tratamientos establecidos para controlar su

enfermedad y así poder conseguir el objetivo de los cuidados paliativos, aliviar el dolor del paciente con la finalidad de poder garantizar una mayor calidad de vida y confortabilidad.

Del mismo modo, el equipo de enfermería tiene una serie de responsabilidades en cuanto al tratamiento farmacológico de los pacientes terminales. Estas responsabilidades son:

- Observar los resultados de la administración de medicación analgésica en cada paciente, para poder determinar la dosis exacta que le resulta efectiva.
- Estudiar la medicación establecida por el equipo médico a cargo de cada paciente, así como las pautas establecidas, con la finalidad de poder preparar y administrar el tratamiento pautado previamente.
- Observar la evolución del paciente en cuanto a la resistencia al dolor para averiguar la necesidad de medicamentos analgésicos, o la necesidad de aumentar o disminuir las pautas establecidas.
- Supervisar que los pacientes han tomado la medicación estipulada en las pautas establecidas.
- Enseñar tanto a pacientes como a familiares y/ o cuidadores la manera más adecuada para administrar la medicación ordenada por el médico responsable del paciente.
- Supervisar las posibles reacciones a la medicación administrada para manifestar de manera temprana los posibles efectos secundarios de los medicamentos.
- Informar al resto de compañeros durante los cambios de turnos de las modificaciones establecidas en las pautas farmacológicas.
- Llevar a cabo un programa de información y educación sanitaria a pacientes, familiares y cuidadores para conocer la funcionalidad del tratamiento, así como los objetivos deseados.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Farmacología paliativa. La actuación del equipo de enfermería durante la administración de medicación a pacientes terminales” nos demuestra, por un lado, las consideraciones para tener en cuenta por el equipo de enfermería antes de administrar un fármaco a un paciente terminal y, por otro lado, las obligaciones y responsabilidades de cada enfermero en cuanto a la administración farmacológica de los pacientes que se encuentren a su cargo.

Del mismo modo, es de vital importancia que las modificaciones desarrolladas en la medicación de los pacientes queden reflejadas en las hojas de registro de med-

icación para evitar confusión en los cambios de turno del equipo de enfermería.

6 Bibliografía

- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
- VV.AA. Experto universitario de enfermería en cuidados paliativos avanzados y paciente terminal. Logoss

Capítulo 123

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PATOLOGÍA DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIO

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

MARIO SANCHEZ NAVIO

1 Introducción

DEFINICIÓN DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL

El término delirio es un síndrome neuropsiquiátrico grave (1), se define como el estado clínico basado en una combinación de características definidas por los sistemas de diagnóstico estándar, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5) (2). Durante los años se han establecido muchos sinónimos: Síndrome confusional agudo (SCA), encefalopatía toxico-metabólico (trastorno cerebral que subyace del delirio), síndrome cerebral orgánico, psicosis postoperatoria o de cuidados intensivos, entre otros (3), con consecuencias pésimas para la investigación, la comunicación clínica y la codificación (1).

Como resultado, el síndrome confusional agudo es considerado más un síndrome, que una enfermedad, con una etiología realmente compleja y normalmente multifactorial, basada en un conjunto de síntomas y signos relacionados con niveles bajos de consciencia y de función cognitiva (2).

Es una complicación de otro trastorno de base, que normalmente pasa por alto, y que generalmente afecta al pronóstico de los pacientes que lo padecen (4). Es por esto que la identificación temprana de este síndrome, la correcta identificación de las causas que lo ocasionan y el establecimiento de las pautas de tratamiento son de suma importancia (4). Además, el término “delirio subsindrómico” ha sido usado para describir a quienes tienen ciertas características de delirio, sin embargo no están todos los requisitos para ser considerado como tal (1).

Las características fisiopatológicas aún no se conocen en profundidad. El modelo más aceptado se basa en el concepto de reserva cerebral, definida como la capacidad del sistema nervioso central para responder con flexibilidad a los ataques. La hipótesis principal se centra en la función de los neurotransmisores en la inflamación y el estrés agudos y crónicos. Cualquier cambio que altere el metabolismo basal requiere modificaciones neuroinflamatorias asociadas con la liberación de citocinas y factores inflamatorios, estrés oxidativo y, en última instancia, cambios en la síntesis de neurotransmisores (5).

Clínicamente esto se manifiesta por profundas alteraciones en la percepción sensorial consciente, incluida la desorientación temporo-espacial. Esta desorientación se exacerba por la noche y se conoce con el nombre de “síndrome del crepúsculo” (5). A esto le sumamos dificultades para concentrarse, así como confusión e incoherencia, delirio de tipo persecutorio, lenguaje habitualmente lento e inadecuado, deambulación, agitación psicomotriz, inquietud, lentitud, somnolencia, intención de levantarse de la cama, ropa andrajosa (5). También pueden experimentar cambios de humor, como cambios en la excitación, que van desde una reactividad disminuida hasta niveles casi comatosos, hipervigilancia y agitación severa, así como síntomas psicóticos angustiantes, incluidos delirios y alucinaciones. El delirio está estrechamente asociado con el sufrimiento del paciente y del cuidador, y sus características tienden a variar en términos de presencia y gravedad (1).

CLASIFICACIÓN DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL

El delirio se clasifica, según la actividad psicomotora, en tres tipos:

- Hiperactivo: estado hiperalerta, agitación, inquietud y/o agresividad, son algunos de los síntomas. Puede confundirse con un trastorno de ansiedad, limitando el tratamiento a la sedación, con la consiguiente omisión de la causa subyacente (3).
- Hipoactivo: se caracteriza por apatía, letargo, enlentecimiento psicomotor y lentitud en el habla. Es sumamente importante hacer un diagnóstico diferencial con la depresión y la demencia. Es más frecuente en ancianos (3 y 5).
- Delirio de tipo mixto, el cual tiene manifestaciones de tipo hipo e hiperactivo de manera secuencial (3).

Los estudios demuestran que la incidencia del delirio varía dependiendo del tipo (7):

- El menos común (con una incidencia entre un 1 a 23%) el delirio heperactivo.
- El más común (con una incidencia entre un 19 y 68%) el delirio hipoactivo.
- El delirio mixto se presenta con una incidencia entre un 14 y 55%.

Debemos resaltar que este síndrome se asocia con mayor mortalidad, mayor duración de la ventilación mecánica, mayor estancia en unidades de cuidados intensivos (UCI) y problemas de salud mental a largo plazo, lo que representa un desafío para los trabajadores de la salud. Por tanto, es importante detectar y tratar el delirio a tiempo para minimizar sus efectos negativos (7).

FACTORES DESENCADENANTES DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL

Desde un punto de vista etiológico, los factores de riesgo del delirio se diferencian en factores predisponentes, es decir, los antecedentes del paciente que fortalecen la susceptibilidad inicial al síndrome (p. ej., edad avanzada; deterioro cognitivo, como demencia o retraso mental; comorbilidades como enfermedades cardiovasculares o renales; depresión u otra enfermedad mental; mal estado nutricional; consumo de alcohol o defectos visuales o auditivos) y factores precipitantes, refiriéndose a los cambios agudos que inician el síndrome (por ejemplo, factores relacionados con el entorno de atención médica; la ventilación mecánica; el uso o interrupción de medicamentos y cambios en el tratamiento, cabe señalar que las benzodiazepinas, las dihidropiridinas, los antihistamínicos y los opioides pueden conllevar el mayor riesgo de delirio, aunque el dolor mal controlado también

puede ser un factores de riesgo como tal). Sin embargo, la relación exacta entre el tratamiento del dolor, el manejo del dolor y el riesgo de delirio no está clara. Además, los factores precipitantes también incluyen enfermedades médicas agudas como, hipoglucemia, sepsis, accidente cerebrovascular, insuficiencia hepática o infección por COVID-19; traumatismos, como huesos rotos o lesiones en la cabeza; cirugía; deshidratación o trastornos psicológicos como el estrés) (3).

El riesgo total depende de la cantidad de factores de riesgo y de su gravedad (si corresponde). No se han detectado genes predisponentes a padecer delirio. Pero sí, los estudios de neuroimagen han demostrado que las personas con mayor atrofia cerebral y/o mayor enfermedad de la sustancia blanca pueden tener mayor riesgo de delirio (1 y 3).

2 Objetivos

- Conocer la situación actual de la patología del síndrome confusional o delirio y su influencia en la salud del trabajador.
- Describir las evidencias y novedades más relevantes publicados en la actualidad de la patología del síndrome confusional o delirio.
- Relacionar los aspectos más importantes en la actualidad de la patología del síndrome confusional o delirio y analizar el papel de la enfermera.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la patología del síndrome confusional o delirio. Para ello se ha realizado una búsqueda íntegra de diversos documentos bibliográficos, utilizando varias fuentes documentales.

A) NOMBRE DE LAS BASES DE DATOS CONSULTADAS.

Las bases de datos utilizadas han sido: PubMed, Scielo, Dialnet y Google Académico. La búsqueda bibliográfica se realizó en el mes de enero.

B) TÉRMINOS DE BÚSQUEDA UTILIZADOS

Han sido empleadas las siguientes palabras clave: delirium, confusional syndrome, hospitalization, old men, nursing. Combinándolas con el operador booleano AND. Después de reunir los estudios pertinentes, se procedió a la lectura del título y resumen para comprobar si cumplen los criterios de inclusión o

no. Tras este procedimiento de clasificación, se procedió a la lectura completa de aquellos que sí habían reunido los criterios requeridos, siendo entonces analizados. Finalmente, se seleccionaron 9 artículos; 2 artículos de PubMed, 2 de Scielo, 1 de Google Académico y 4 de Dialnet.

C) LÍMITES ESTABLECIDOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la selección de los estudios se han tenido en cuenta una serie de criterios de inclusión, tales como:

- Revisiones y estudios científicos, de acceso libre, con una antigüedad máxima de cinco años (entre el 2018 y la actualidad).
- Artículos, tanto de tipo descriptivo cualitativo como cuantitativo, que traten sobre el delirio o síndrome confusional, además de aquellos que relacionen dicha patología con las personas mayores o el ingreso hospitalario.
- Los idiomas de los artículos seleccionados han sido el castellano y el inglés.
- Artículos de texto completo y gratuito.
- Resúmenes de artículos.

Para la selección de los estudios se han tenido en cuenta también una serie de criterios de exclusión, tales como:

- Artículos con antigüedad de publicación superior a cinco años.
- Estudios que no traten sobre el delirio o síndrome confusional.
- Artículos en idiomas distintos al inglés o al castellano que no fueran de acceso libre o que no aportaran información relevante.
- Artículos de pago.

4 Resultados

CONOCER LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PATOLOGÍA DEL SÍNDROME CONFUSIONAL O DELIRIO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD DEL TRABAJADOR.

Hoy en día el delirio está subdiagnosticado en la sanidad, por múltiples razones como: la falta de información sobre el delirio en todos los niveles, la falta de conciencia sobre la malignidad de esta enfermedad, el uso incorrecto de términos como “confusión” o la falta de responsabilidad por el personal sanitario para hacer frente a este síndrome. Es necesario un programa educativo integral que aborde tanto las actitudes como las habilidades para la detección y tratamiento precoz, con la consiguiente reducción del riesgo de delirio (1).

El delirio no sólo perjudica a los pacientes, los cuidadores y las familias, sino que también está relacionado con una mayor morbilidad y mortalidad, mayores gastos médicos y complicaciones hospitalarias, así como con un empeoramiento de los resultados funcionales y cognitivos, una menor calidad de vida y estancias hospitalarias más prolongadas. Los costes que genera son comparables a los de la diabetes mellitus y las caídas, y se considera una de las tres enfermedades más importantes en las personas mayores frágiles (5). La detección precoz y un estudio exhaustivo dirigido a identificar los factores precipitantes y predisponentes son fundamentales para recibir una atención médica adecuada. Sin embargo, existe un desafío importante en la prestación de atención médica debido al gran número de casos y al desconocimiento del síndrome (5).

Aproximadamente, del 10 al 20% de los ingresos hospitalarios se deben al delirio, mientras que del 10 al 30% de los pacientes desarrollarán este síndrome durante su estancia hospitalaria. Por lo que la incidencia y la prevalencia de este trastorno varían según la edad, el lugar de ingreso y el paciente (4).

Como se indica anteriormente, la incidencia aumenta con la edad, especialmente en mayores de 75-80 años. Pese a su alta incidencia, es un síndrome infradiagnosticado que puede tener consecuencias fatales en el ámbito de la salud y de la calidad de vida, si no se previene o se realiza un diagnóstico cuanto antes (8).

De manera similar, la prevalencia del delirio varía según el grupo de pacientes y el entorno. Un metanálisis de 2020 de 33 estudios de pacientes hospitalizados descubrió una prevalencia general de delirio del 23 por ciento. La prevalencia del delirio posoperatorio varía desde porcentajes bajos de una sola cifra en pacientes médicamente sanos sometidos a cirugía menor electiva hasta el 20 por ciento en pacientes de alto riesgo sometidos a cirugía mayor, particularmente en situaciones de emergencia. Una revisión sistemática de 32 estudios de 2019 encontró que el delirio ocurre con frecuencia después de un accidente cerebrovascular agudo, con una prevalencia del 25%. La prevalencia del delirio también es significativa en entornos de cuidados paliativos; Una revisión sistemática de 42 estudios de 2019 encontró tasas de prevalencia del 4 al 12 por ciento en la comunidad, del 9 al 57 por ciento en pacientes evaluados en un hospital, del 6 al 74 por ciento en unidades de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y una prevalencia agrupada del 35 por ciento. En un estudio diferente, los pacientes hospitalizados en cuidados paliativos en las últimas semanas de vida tenían una prevalencia de delirio que oscilaba entre el 59 y el 88 por ciento. Hay poca información disponible sobre la prevalencia del delirio en entornos comunitarios.

Se ha informado que la prevalencia en hogares de ancianos oscila entre el 4 y el 38 por ciento, mientras que la prevalencia fuera de las instituciones es probablemente inferior al 2 por ciento. Una revisión sistemática de estudios de América del Norte y del Sur, Europa y Asia encontró una prevalencia combinada de delirio entre pacientes ventilados y no ventilados en unidades de cuidados intensivos (UCI) del 31,8%. El delirio es común en entornos de cuidados intensivos.). En pacientes ventilados mecánicamente, el delirio suele ocurrir entre el 50 y el 70 por ciento de los casos. La amplia gama de valores de prevalencia del delirio en distintos entornos es resultado de la interacción entre las diferentes poblaciones de pacientes afectados (que varían en edad y fragilidad) y la cantidad e intensidad de los factores precipitantes (1).

La frecuencia del delirio en recién nacidos, niños y adolescentes es objeto de poca investigación. Según estudios realizados en Europa y América, las estimaciones de prevalencia del delirio en niños y adolescentes oscilan entre el 4% y casi el 50% en casos de enfermedad extrema. Además, un estudio estadounidense encontró que el delirio estaba presente en más de la mitad de los bebés menores de dos años gravemente enfermos (1).

DESCRIBIR LAS EVIDENCIAS Y NOVEDADES MÁS RELEVANTES PUBLICADOS EN LA ACTUALIDAD DE LA PATOLOGÍA DEL SÍNDROME CONFUSIONAL O DELIRIO.

1) PRINCIPAL ESCALA EMPLEADA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL

La herramienta de diagnóstico que se utiliza con frecuencia para evaluar el síndrome se llama El Confusion Assessment Method (CAM). Es rápido y sencillo de utilizar, con una alta sensibilidad y especificidad (93% y 89% respectivamente). Se emplea para evaluar cambios en el estado mental, inicio agudo, curso fluctuante, alteraciones en la atención, pensamiento desorganizado y cambios en el nivel de conciencia (8).

Los siguientes ocho elementos conforman los criterios CAM para el diagnóstico de delirio.

1. inicio agudo, curso clínico variable.
2. Falta de atención. a. Concentrarse es un desafío. b. Se distrae fácilmente.
3. Pensamiento ineficiente y desorganizado a. Lenguaje incoherente b. Con facilidad, cambia de tema.

4. Cambio en el nivel de conciencia: Puede tomar la forma de cualquier cosa, desde inhibición hasta agitación psicomotora.

1 y 2, junto con 3 o 4, indican delirio. La condición confusional puede parecerse sindrónicamente a otras afecciones, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico diferencial sólido.

2) RELACIONAR LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES EN LA ACTUALIDAD DE LA PATOLOGÍA DEL SÍNDROME CONFUSIONAL O DELIRIO.

2.1 DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL

Según los estándares descritos en el DSM-V, el diagnóstico de delirio se basa principalmente en la evaluación clínica, que incluye una historia clínica y un examen físico. Sin embargo, el Confusion Assessment Method (CAM) se considera la mejor herramienta de diagnóstico. Es fundamental tener en cuenta que el diagnóstico debe ser realizado por un médico experto con conocimiento de cómo tratar a estos pacientes (5).

Hay dos pasos fundamentales en el procedimiento de diagnóstico. Primero se realiza al paciente una evaluación clínica junto a la cama para determinar sus niveles de alerta y atención, así como la presencia de cualquier otro déficit cognitivo, rasgos psicóticos u otras irregularidades de su estado mental. En segundo lugar, se busca en los cuidadores o al personal que esté familiarizado con el paciente, en los registros médicos o en el propio conocimiento del médico sobre el paciente, si ha habido un cambio abrupto en la atención y la conciencia iniciales (1).

Según el DSM-V, el delirio se puede diagnosticar utilizando los siguientes criterios (2):

- Un cambio en la conciencia con una disminución de la capacidad para concentrarse, mantener o dirigir la atención.
- Un cambio en las capacidades cognitivas (como pérdida de memoria, desorientación, lenguaje alterado, etc.) o la presencia de un cambio de percepción que no puede explicarse por la aparición de una demencia ya diagnosticada o en desarrollo.
- El cambio se manifiesta rápidamente (en cuestión de horas o días) y tiende a cambiar a lo largo del día.

- Otro trastorno neurocognitivo que ya haya sido diagnosticado o esté actualmente bajo evaluación y no esté asociado con una situación en la que se haya reducido la conciencia, como en el caso de un coma, no puede explicar el cambio en el primer y segundo criterio.
- Prueba de que el padecimiento psicológico es resultado directo de una condición médica, exposición a sustancias tóxicas, síntomas de abstinencia o que es multifactorial, según lo determine la anamnesis, el examen físico y pruebas complementarias.

2.2 TRATAMIENTO DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL

El manejo del delirio es multidimensional, como hemos dicho anteriormente. Se debe utilizar tanto un manejo no farmacológico como, si es necesario, un manejo farmacológico (3).

• Manejo no farmacológico

Los pacientes con delirios agitados y combativos son difíciles de manejar. Para tranquilizar al paciente, siempre se deben probar primero métodos no farmacológicos. Primero, comenzaremos ajustando el entorno para disminuir los estímulos. Lo haremos bajando la luz y el volumen, evitando movimientos innecesarios del personal y fomentando la presencia de la familia (3). Los pacientes también deben recibir ayudas para la autoorientación, como relojes y calendarios, y se debe animar a quienes necesiten gafas o audífonos a que los utilicen (5).

El primer paso para mejorar las estrategias de prevención y diagnóstico es identificar los factores de riesgo para el desarrollo de delirio tras el ingreso hospitalario, y este proceso se ha considerado un indicador de calidad en el manejo hospitalario del delirio (3).

• Manejo farmacológico

Los antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina y olanzapina) y el haloperidol parecen ser igualmente eficaces y superiores a las benzodiazepinas en el tratamiento farmacológico de la agitación en pacientes con delirio (3). Los pacientes con delirio provocado por la abstinencia de alcohol o sedantes o los pacientes con Parkinson que no pueden tolerar los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos se tratan mejor con benzodiazepinas (5). También se podrían utilizar aripiprazol, ziprasidona, quetiapina y otros antipsicóticos atípicos. Todos los medicamentos utilizados para tratar la agitación tienen el potencial de causar sedación excesiva y, en ocasiones, su uso puede prolongar el delirio e incrementar el riesgo de complicaciones (3).

Debido a su bajo efecto anticolinérgico y su bajo riesgo de hipotensión y depresión respiratoria, los antipsicóticos de alta potencia se consideran el tratamiento preferido para el tratamiento de la agitación en el delirio. Debido a su amplia disponibilidad, precio asequible y amplia experiencia, el haloperidol se utiliza como medicamento de primera línea (3). El modesto impacto de los antipsicóticos sobre la incidencia o la gravedad del delirio no se ha asociado con ningún resultado clínico notable en términos de hospitalización, complicaciones o mortalidad. Ahora sólo se administran a pacientes que experimentan delirio hiperactivo, alucinaciones, riesgo de autoagresión o heteroagresión, utilizando la dosis efectiva más baja y suspendiendo lo antes posible. La evidencia disponible es insuficiente para ofrecer una recomendación para el delirio hipoactivo (3).

ANALIZAR EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PATOLOGÍA DEL SÍNDROME CONFUSIONAL O DELIRIO

Debido a la variedad de síntomas y presentación del delirio, es fundamental tratarlo tempranamente y con un enfoque interdisciplinario. La causa subyacente del delirio puede ser encontrada y tratada (además de brindar atención y apoyo a los pacientes y sus familias) por un equipo de profesionales de la salud capacitados en el manejo del delirio, como médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales (6).

A pesar de la importancia de brindar un tratamiento adecuado para el SCA, prevenir la aparición de la enfermedad puede ser el paso más crucial. Se producen hasta un 50% menos de episodios de síndrome coronario agudo (SCA) y duran menos cuando los pacientes reciben terapia preventiva (6).

Los síntomas prodrómicos (situación intelectual previa, condiciones sociales y ambientales, antecedentes de enfermedades neurológicas, sistémicas o psiquiátricas, consumo de sustancias, exposición a toxinas, etc.) pueden tratarse y detectarse eficazmente por el personal de enfermería con una instrucción médica adecuada (6).

Se recomiendan las siguientes acciones con el fin de frenar su progresión y atenuar sus efectos una vez ya iniciados:

- Estimular la orientación y relación del paciente con el entorno proporcionándole horarios de visita flexibles y ampliados, visualización de reloj e iluminación natural (día y noche) (9).
- Mantener comunicación con el paciente (9).

- Explicar al paciente su enfermedad y todos los procedimientos e intervenciones que se van a llevar a cabo (9).
- Las conversaciones sobre actualidad o temas de interés son ejemplos de actividades terapéuticas programadas (9).
- Si es posible, permita el uso de fotografías y decoraciones familiares, periódicos, libros, música, radios, anteojos, audífonos, computadoras y televisores (9).
- Los pacientes en la UCI se ven privados en numerosas ocasiones del sueño, siendo una necesidad fundamental. La falta de sueño tiene un impacto negativo en el bienestar físico y mental y está relacionada con un mayor riesgo de delirio (9).

Un proyecto impulsado por enfermería, tiene como objetivo favorecer el descanso de los pacientes hospitalizados y es aplicable al tratamiento de pacientes críticos. De esta manera, los profesionales de enfermería adoptan formalmente el rol de "cuidadores del sueño". Objetivos (9):

- Mantener el ciclo de sueño-vigilia mediante el uso del plan de dieta y el régimen de medicación adecuados.
- Evitar ruidos y luces innecesarias después de medianoche. Desde este protocolo hacemos hincapié en evitar la sedación farmacológica y favorecer el sueño a través de métodos naturales, como oscuridad y silencio nocturno, música relajante, bebidas nocturnas, adaptando la medicación, la toma de constantes y los horarios de ingesta de tal manera que se respete el sueño, siempre que las circunstancias del paciente lo permitan.
- Una vez estabilizadas las funciones hemodinámicas y respiratorias del paciente mediante las acciones sugeridas por la rehabilitación y la fisioterapia, intentaremos conseguir la movilidad temprana del paciente mediante sesiones de ejercicios pasivos y ejercicios activos. El tiempo de permanencia en la cama debe ser el justamente necesario, siendo imprescindible retirar muebles u otros objetos que favorezcan la inmovilidad. Por eso, cada día como enfermeros debemos plantearnos las siguientes preguntas respecto a cada paciente: ¿Puedo pensar en retirar algún dispositivo (sonda, vía arterial, etc)? (9).
- Tratamiento de condiciones metabólicas y reconocimiento temprano de condiciones potencialmente infecciosas (9).
- Ofrecer un modelo predictivo del delirio en las unidades de cuidados intensivos para que los pacientes de alto riesgo puedan ser identificados para su seguimiento

y pronta implementación de medidas de prevención (4).

- Mejorar la sedación y el manejo del dolor, ya que el uso de medicamentos alternativos y la reducción de la sedación sistémica pueden reducir el riesgo asociado a sedantes delirógenos como las benzodiazepinas (4).

5 Discusión-Conclusión

La presente revisión bibliográfica permite conocer la evidencia científica respecto a las intervenciones de enfermería para el control del delirio en adultos o ancianos. De acuerdo con los estudios analizados, verificamos que el delirio ocurre con frecuencia a nivel hospitalario y que no se ha hecho un diagnóstico correcto o a tiempo que pueda permitir una intervención temprana. A pesar de décadas de investigación, su etiología aún no está muy clara.

Una forma de mejorar la práctica de enfermería ante este problema, es incentivar el aprendizaje sobre esta patología entre los profesionales, y activar diariamente un plan metódico y estratégicamente elaborado, disminuyendo así la incidencia de este síndrome y reduciendo las posibles comorbilidades. El profesional de salud que pasa la mayor parte del tiempo al cuidado del paciente, conociéndolo desde su ingreso y durante toda su evolución intrahospitalaria hasta el alta, es el enfermero, por lo que está en nuestras manos anticiparnos, identificar y abordar las primeras manifestaciones del trastorno cognitivo estudiado.

La prevención se considera como recurso de primera línea y está dirigida principalmente a medidas relacionadas con la recuperación, mantenimiento del equilibrio sensorial (estimulación cognitiva, estimulación de la comunicación y orientación del paciente), vigilancia, gestión del medio ambiente, promoción de los ciclos de sueño, manejo del dolor, nutrición e hidratación adecuadas, movilización del paciente en el menor tiempo posible (siempre que no esté contraindicado). La optimización de la terapéutica (sedación / analgesia), formación del personal sanitario y la presencia de la familia son también factores importantes en esta patología, como ya se ha demostrado.

6 Bibliografía

1. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2020 [citado el 17 de enero de 2023]; 6(1):90. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>.

2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) [Internet]. Asociación Americana de Psiquiatría; 2013 [citado el 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guiaconsulta-manualdiagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.
3. Benjamín Jiménez Flores. Síndrome confusional agudo. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2018 [Citado el 19 de enero de 2023]; 3(02):7-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79988>.
4. Lupiáñez Seoane P, Muñoz Negro JE, Torres Parejo Ú, Gómez Jiménez FJ. Estudio descriptivo del síndrome confusional agudo en Urgencias. Aten Primaria [Internet]. 2021 [Citado el 19 de enero de 2023]; 53(6):102042. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102042>.
5. Pérez Pérez Yanay, Turro Mesa Lucía Nivia, Mesa Valiente Rita, Turro Caró Eloy. Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. MEDISAN [Internet]. 2018 mayo [citado 2023 Ene 16]; 22(5): 543-550. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500012&lng=es.
6. Dascaleanu, C. B., Hoyos, B. S., Albano, J. S., Mayor, A. A., Murillo, J. P., & Mansilla, S. P. Síndrome confusional agudo: a propósito de un caso. Revista Sanitaria de Investigación [Internet] 2022 [citado el 19 de enero de 2023]; 3(4): 40. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-confusional-agudo-a-proposito-de-uncaso/>.
7. Flores-Oñate G, Ceballos-Vásquez P, Mejías-Parada R. Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa. Cult Cuid Rev Enferm Humanid [Internet]. 2021 [citado el 19 de enero de 2023];(59). Disponible en: http://200.9.234.120/bitstream/handle/ucm/3697/ceballos_p_cuidados.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
8. Mena, A. V., Abad, A. M., Adán, R. B., Rojo, E. N., Aranda, M. B., & Lacruz, A. M. S. El síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados. Revista Sanitaria de Investigación, [Internet]. 2021 [citado el 23 de enero de 2023]; 2(11): 90. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-confusional-agudo-en-ancianoshospitalizados/>.
9. Bento Marta Sofia Pão-Mole, Marques Rita Margarida Dourado, Sousa Patricia Pontífice. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado - una revisión bibliográfica. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [citado 2023 Ene 21]; 17(52): 640-688. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>.

Capítulo 124

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DEL MANTENIMIENTO DE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

MARIO SANCHEZ NAVIO

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

1 Introducción

La ventilación mecánica representa un recurso clínico vital que proporciona apoyo terapéutico, mejorando el estado de pacientes críticos, particularmente aquellos afectados por insuficiencia respiratoria aguda. La comprensión más profunda de los procesos fisiopatológicos y los avances recientes en tecnología informática han mejorado significativamente la eficacia de los ventiladores mecánicos, lo que simplifica la atención a los pacientes que necesitan este tipo de intervenciones (1).

Conceptos:

- **Tubo endotraqueal:** Los tubos endotraqueales (TET) son dispositivos rígidos diseñados para garantizar la permeabilidad de la vía aérea. Su uso se justifica en tres situaciones principales: primero, para preservar y asegurar una vía aérea despejada en pacientes que no pueden mantenerla por diversas razones; segundo, para mantener la ventilación en una vía aérea libre durante procedimientos quirúrgicos; y tercero, para facilitar la administración de ventilación mecánica con presión positiva (2). Constan de las siguientes partes (2):

- ☒ **Conexión:** Se refiere a una pieza ubicada entre el tubo y el ventilador, también conocida como boquilla, y es la parte opuesta a la que se introduce en las vías respiratorias.

- ☒ **Cuerpo:** Corresponde a la sección principal del tubo endotraqueal que permite el flujo de oxígeno.

- ☒ **Punta:** Constituye el extremo opuesto de la "conexión" y, en ocasiones, presenta una configuración puntiaguda con un orificio denominado "orificio de Murphy".

- ☒ **Balón:** Se localiza cerca de la "conexión" y generalmente cuenta con un diseño ergonómico adaptado para facilitar el proceso de intubación.

- **Intubación endotraqueal:** Técnica empleada para asegurar la permeabilidad y el aislamiento de la vía aérea, lo que posibilita la administración de oxígeno a concentraciones elevadas y un volumen adecuado de aire para mantener una ventilación pulmonar apropiada. Consiste en la inserción estéril de un tubo o sonda en la tráquea del paciente a través de las vías respiratorias superiores.

Hay dos variantes de esta técnica: la nasotraqueal, que se realiza mediante las fosas nasales y suele emplearse en situaciones planificadas, y la orotraqueal, que se efectúa por la boca y se reserva generalmente para situaciones de emergencia o cuando la intubación es especialmente desafiante debido a su rapidez (2).

Parámetros de la ventilación mecánica:

- **Volumen:** se refiere a la cantidad de aire que se administra al paciente para lograr un adecuado intercambio de gases (1).

- **Frecuencia respiratoria:** indica cuántos ciclos respiratorios ocurren en un minuto y en adultos generalmente se sitúa en el rango de 12 a 15 respiraciones por minuto (1).

- **Tasa de flujo:** es la cantidad de gas que el ventilador suministra al paciente en una unidad de tiempo determinada (1).

- Patrón de flujo: los ventiladores ofrecen la opción de elegir entre cuatro tipos de patrones de flujo diferentes: acelerado, desacelerado, cuadrado y sinusoidal. El tipo de patrón está determinado por la tasa de flujo (1).
- Relación inspiración-espriación (I:E): se refiere a la duración de la inspiración en comparación con la duración de la espiración en un ciclo respiratorio. En condiciones normales, la relación es de aproximadamente un tercio del ciclo respiratorio.
- Sensibilidad o trigger: es un mecanismo que permite detectar el esfuerzo respiratorio del paciente y se suele ajustar en un rango de 0.5-2 cm/H₂O (1).
- FiO₂: corresponde a la fracción inspirada de oxígeno que se administra al paciente. El aire que normalmente se respira tiene un contenido de oxígeno del 21%. En la ventilación mecánica, se selecciona el menor valor posible de FiO₂ para mantener una saturación arterial de oxígeno por encima del 90% y luego se ajusta según los resultados de los análisis de gases arteriales (1).
- PEEP: esta sigla corresponde a la presión positiva al final de la espiración. Se utiliza para prevenir el colapso de los alvéolos y abrir aquellos que de otra manera permanecerían cerrados, mejorando así la oxigenación (1).
- Pausa inspiratoria: es una técnica en la que se mantiene cerrada la válvula espiratoria durante un período específico, durante el cual no hay flujo de aire inspirado. Esto permite una distribución más uniforme del aire en los pulmones y puede mejorar la oxigenación y ventilación del paciente, aunque puede aumentar la presión intratorácica (1).
- Presión pico: se refiere al valor máximo de presión que se alcanza durante la fase de entrada de gas en las vías respiratorias (1).

Indicación de intubación endotraqueal y ventilación mecánica:

Estos procedimientos terapéuticos se realizan en situaciones en las que se sospecha que los pacientes no pueden mantener su vía aérea protegida. Esto incluye casos en los que se cumple alguno de los siguientes criterios: Glasgow igual o menor de 9, obstrucción de la vía aérea, traumatismo en la vía aérea o maxilofacial, paciente agitado que necesita sedación, traumatismo torácico con hipotensión, hipoxia después de la reanimación, paro cardíaco, signos de quemadura de vía aérea, quemaduras extensas, traumatismo raquímedular cervical, choque severo, insuficiencia respiratoria y la incapacidad para mantener una vía

permeable (2).

Además, existen otras indicaciones clínicas para la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica, como la falta de la ventilación alveolar o la insuficiencia respiratoria aguda de tipo II. También se considera en casos de hipertensión endocraneana, hipoxemia grave o insuficiencia respiratoria de tipo I, profilaxis ante la inestabilidad hemodinámica, aumento del trabajo respiratorio, tórax inestable, necesidad de sedación y/o relajación muscular, frecuencia respiratoria superior a 30-35 respiraciones por minuto, fuerza inspiratoria negativa menor de -25 cm H₂O, capacidad vital menor de 3 lpm o mayor de 20 lpm, PaO₂ menor de 60 mmHg con FiO₂ mayor al 50%, y PaCO₂ mayor de 50 mmHg (en casos agudos) y pH menor de 7.25 (2).

Complicaciones:

A pesar de ser un procedimiento necesario, puede conllevar complicaciones, como daño en la mucosa traqueal, molestias, infecciones como la neumonía, alteraciones en los parámetros hemodinámicos y en los gases arteriales, broncoconstricción, atelectasia, aumento de la presión intracraneal, y cambios en el flujo sanguíneo cerebral, entre otros. Por tanto, es esencial estar familiarizado con los principios de la técnica de aspiración de secreciones, que incluyen una adecuada humidificación e hidratación suplementaria de los gases inspirados, lo que contribuirá a reducir la viscosidad y a hacer que las secreciones sean más fluidas (1).

Epidemiología:

A nivel global, alrededor de 200,000 pacientes cada año necesitan ventilación mecánica debido a lesiones neurológicas, y esto se asocia con una tasa de mortalidad que oscila entre el 20% y el 30%. En España, aproximadamente el 29% de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos requieren ventilación mecánica. Por su parte, en los Estados Unidos, alrededor de 800,000 pacientes hospitalizados necesitan ser sometidos a ventilación mecánica (1).

2 Objetivos

1. Conocer la secuencia de pasos ante una intubación endotraqueal, así como la farmacoterapia necesaria, con el fin de garantizar un manejo adecuado de esta situación.

2. Estudiar los procedimientos y cuidados específicos que el personal de enfermería debe proporcionar a los pacientes con intubación endotraqueal para ofrecer una atención de calidad.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el conocimiento y la práctica del mantenimiento de la intubación endotraqueal por el personal de enfermería. Para ello se ha realizado una búsqueda íntegra de diversos documentos bibliográficos, utilizando varias fuentes documentales.

Estrategias de búsqueda:

La base de datos utilizada ha sido: Google Académico. La búsqueda bibliográfica se realizó en el mes de septiembre. Para ello, han sido empleadas las siguientes palabras clave: endotracheal intubation, nursing care. Combinándolas con el operador booleano AND.

Artículos seleccionados:

Después de reunir los estudios pertinentes, se procedió a la lectura del título y resumen para comprobar si cumplen los criterios de inclusión o no. Tras este procedimiento de clasificación, se procedió a la lectura completa de aquellos que sí habían reunido los criterios requeridos, siendo entonces analizados. Finalmente, se seleccionaron 4 artículos de Google Académico.

Criterios de inclusión y exclusión:

Para la selección de los estudios se han tenido en cuenta una serie de criterios de inclusión, tales como:

- Revisiones y estudios científicos, de acceso libre, con una antigüedad máxima de cinco años (entre el 2018 y la actualidad).
- Los idiomas de los artículos seleccionados han sido el castellano y el inglés.
- Artículos de texto completo y gratuito.
- Resúmenes de artículos.

Para la selección de los estudios se han tenido en cuenta también una serie de criterios de exclusión, tales como:

- Artículos con antigüedad de publicación superior a cinco años.
- Artículos en idiomas distintos al inglés o al castellano que no fueran de acceso libre o que no aportaran información relevante.
- Artículos de pago.

4 Resultados

El cuidado de pacientes con intubación endotraqueal es una tarea que debe ser realizada por enfermeros capacitados y con experiencia. Estos profesionales deben poseer conocimientos sólidos y habilidades en el cuidado de pacientes intubados para prevenir complicaciones. Su rol implica una atención integral, desde la inserción del tubo hasta su mantenimiento, pasando por medidas de bioseguridad, administración precisa de medicamentos y una evaluación continua del paciente (3).

A pesar de que varios estudios han señalado que el cuidado proporcionado por el personal de enfermería a pacientes con intubación endotraqueal no cumple con los estándares adecuados (2,3), es importante destacar que estos autores no llevaron a cabo ninguna intervención educativa destinada a mejorar la efectividad de estos cuidados. Sin embargo, un estudio realizado por Ramos Castillo (2) demostró la efectividad de una intervención educativa para mejorar la calidad del cuidado al paciente con intubación endotraqueal.

- Secuencia para la intubación rápida en el paciente de cuidados intensivos.

La secuencia de inducción rápida implica una serie de pasos y tiempos específicos para su ejecución (4):

1. Preparación: Se lleva a cabo 10 minutos antes de la preintubación.
2. Preasignación: Ocurre 5 minutos antes de la preintubación.
3. Pretratamiento: Se realiza 3 minutos antes de la preintubación.
4. Parálisis con inducción.
5. Posicionamiento y prevención de la broncoaspiración: Esto se efectúa 30 segundos después de la inducción.
6. Intubación endotraqueal: Se realiza 45 segundos después de la inducción.
7. Postintubación: Ocurre 60 segundos después de la inducción.

- Preparación:

Durante esta etapa, se establecen roles y responsabilidades para cada miembro del equipo, se organizan los suministros necesarios, se preoxigena al paciente y se realiza una evaluación exhaustiva de la vía aérea para identificar posibles

complicaciones. También se considera un plan de intubación alternativo en caso de que sea necesario (4).

La evaluación de la vía aérea del paciente es fundamental y se realiza mediante la regla de "3-3-2", que implica medir la apertura oral, la distancia entre el mentón y el cuello, y la distancia entre el cartílago tiroides y el suelo mandibular. Estas medidas proporcionan indicaciones sobre las proporciones adecuadas para la intubación. También se utiliza la escala de Mallampati para evaluar las estructuras internas de la faringe, clasificando la visibilidad en cuatro grados (4).

- Preoxigenación:

Se lleva a cabo un procedimiento llamado "oxigenación apneica", que implica la administración de oxígeno al 100% a la orofaringe o nasofaringe durante un período de 3 a 5 minutos. El propósito principal de este procedimiento es proporcionar un flujo masivo de oxígeno directamente a los alveolos pulmonares durante el período de apnea, que es el momento en el que el paciente dejará de respirar de forma natural. Esta práctica tiene como objetivo mejorar los niveles de saturación de oxígeno en la sangre (4).

La razón detrás de este enfoque radica en que el alto flujo de oxígeno administrado durante la oxigenación apneica desplaza el nitrógeno presente en los alveolos pulmonares, reemplazándolo con oxígeno puro. Esto conlleva al aumento de la capacidad funcional de los pulmones y, como resultado, se incrementa la reserva de oxígeno en el organismo. Como consecuencia, los pacientes pueden tolerar períodos de apnea sin mostrar signos de disminución de los niveles de oxígeno en la sangre, lo que aumenta la seguridad del procedimiento y evita la necesidad de ventilaciones asistidas después de la parálisis muscular (4).

La oxigenación apneica es fundamental para extender el tiempo durante el cual el paciente puede permanecer en apnea sin experimentar una reducción significativa en la saturación de oxígeno. Esto disminuye la probabilidad de desarrollar hipoxia y mejora la seguridad del proceso de intubación endotraqueal (4).

- Tratamiento:

En cuanto a la farmacoterapia, esta se compone de varios pasos que incluyen la preinducción, la inducción (sedación) y la parálisis muscular.

1. Preinducción: Se administran medicamentos antes de llevar a cabo la inducción y la relajación con el propósito de mitigar los efectos adversos asociados a la intubación. Esto se hace para controlar la liberación de catecolaminas que pueden

desencadenar hipertensión y taquicardia como respuesta a la manipulación de la vía aérea o para prevenir cualquier efecto adverso de medicamentos previamente administrados durante la secuencia. Usualmente, se opta por el uso de opioides antes de la inducción, siendo el fentanilo el más comúnmente utilizado (4).

2. Inducción y parálisis: la inducción y el uso de medicamentos paralizantes son pasos cruciales para facilitar el proceso de intubación, y la elección de los fármacos debe adaptarse al contexto clínico, especialmente en situaciones agudas y con consideraciones sobre la salud cardiovascular del paciente. La sedación se recomienda en la mayoría de los casos, excepto cuando el paciente tiene un puntaje Glasgow de tres o menos o se encuentra en paro cardiorrespiratorio (4). Las benzodiacepinas, como el midazolam, son comúnmente utilizadas en este contexto, aunque existen otros agentes como el tiopental, etomidato, propofol y ketamina (4).

- El propofol suprime los reflejos laríngeos, lo que mejora las condiciones de intubación en comparación con otros inductores, aunque no tiene propiedades analgésicas.

- La ketamina puede causar elevación de la frecuencia cardíaca y cambios en la presión arterial, aunque esto es variable. Sin embargo, su uso moderado puede aumentar la producción de secreciones, lo que aumenta el riesgo de broncoaspiración, por lo que se deben tomar medidas preventivas como la succión o la premedicación con medicamentos que reduzcan la salivación, como la atropina.

- El etomidato tiene efectos hemodinámicos limitados, pero no posee propiedades analgésicas.

El midazolam tiene un tiempo de acción prolongado, siendo adecuado en pacientes obnubilados que requieren más amnesia que anestesia profunda. Además de su efecto sedante, el midazolam tiene propiedades ansiolíticas y anticonvulsivas.

La elección de medicamentos se basa en las características clínicas específicas de cada paciente. Por ejemplo, en casos de hipotensión, se tiende a preferir el uso de propofol, que suele ser el agente más utilizado en estas situaciones. Sin embargo, cuando el paciente presenta complicaciones o condiciones especiales, es más común optar por el etomidato o la ketamina como alternativas adecuadas para la inducción de la anestesia.

- Agentes bloqueadores neuromusculares y agentes de reversión:

Los bloqueadores neuromusculares se clasifican en dos categorías principales

según su mecanismo de acción: los agentes despolarizantes y los agentes no despolarizantes. Entre los despolarizantes, la succinilcolina destaca como el fármaco paralizante más comúnmente utilizado en esta técnica debido a su acción rápida y su corta duración, lo que la hace especialmente útil en situaciones que requieren una evaluación neurológica temprana. Es importante señalar que la succinilcolina es el único agente despolarizante disponible en el mercado en la actualidad.

Por otro lado, los agentes no despolarizantes, como el rocuronio, actúan mediante un mecanismo de inhibición competitiva en la unión neuromuscular. Además, existe un agente de reversión específico para el rocuronio llamado Sugammadex, que se une a este bloqueador neuromuscular y evita que esté disponible para unirse nuevamente a la unión neuromuscular. Esto resulta útil en situaciones en las que se requiere una reversión selectiva después de la extubación o cuando es necesario restaurar la función neuromuscular en pacientes con una vía aérea difícil (4).

- Posición y protección:

El posicionamiento de la cabeza y el cuello es de suma importancia durante el proceso de intubación endotraqueal. Es esencial lograr una alineación adecuada en los tres ejes: oral, faríngeo y laríngeo, lo cual se logra mediante la maniobra de olfateo. Esta maniobra implica hiperextender la cabeza en relación con el cuello y luego flexionarla con respecto al tronco, con el propósito de optimizar la visualización directa de la laringe. Sin embargo, es importante destacar que en casos de trauma espinal, esta maniobra no debe realizarse debido a la necesidad de mantener la estabilidad de la columna vertebral (4).

Además, se recomienda considerar la maniobra de Sellick como una medida de protección de la vía aérea para prevenir la broncoaspiración durante la intubación. En esta maniobra, se comprime el cartílago cricoides de forma antero-posterior utilizando los dedos índice y pulgar, lo que genera una oclusión esofágica. Es fundamental recordar que esta práctica no debe implementarse si surge alguna dificultad durante la intubación o si se experimentan problemas en la visualización de la laringe durante la laringoscopia (4).

- Intubación:

Una vez que se ha colocado el tubo endotraqueal, es importante inflar el manguito de manera inmediata. Posteriormente, se debe confirmar la posición correcta del

tubo endotraqueal. Para hacerlo, se utiliza la capnografía con curva, que se considera el estándar de oro para verificar la colocación adecuada del tubo. Además de la capnografía, se debe verificar el paso del tubo endotraqueal a través de la glotis como parte del proceso de confirmación de la posición correcta. Estas medidas son esenciales para garantizar una intubación exitosa y segura.

- Postintubación:

Durante esta fase, se aborda la enfermedad subyacente y se inicia el tratamiento correspondiente. Además, se administra una sedación, analgesia y relajación muscular apropiadas para el paciente. Se realizan ajustes en los parámetros de la ventilación mecánica y se monitorean de manera constante los signos vitales del paciente, asegurándose de no perder de vista ningún detalle importante. Finalmente, se efectúa una radiografía de tórax con el propósito de descartar cualquier complicación potencial. Este proceso integral es esencial para garantizar la atención óptima y segura del paciente después de la intubación (4).

Cuidados de enfermería al paciente con intubación orotraqueal:

Un paciente bajo ventilación mecánica a través de un tubo endotraqueal requiere una vigilancia continua y una serie de intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones. Los cuidados de enfermería necesarios para estos pacientes son extremadamente complejos, lo que hace que sea esencial que el personal de enfermería cuente con la capacitación adecuada y posea las habilidades necesarias para llevar a cabo estos procedimientos con precisión. Esto garantiza la prestación de atención de alta calidad y segura, al mismo tiempo que reduce la probabilidad de que se presenten complicaciones relacionadas con esta condición. Entre los procedimientos y cuidados específicos que el personal de enfermería debe proporcionar a los pacientes con intubación endotraqueal, se pueden mencionar los siguientes (1-3):

- Higiene de manos: es crucial en el ámbito de la atención médica, ya que las manos de los profesionales de la salud pueden ser tanto herramientas poderosas para la atención del paciente como fuentes de peligro debido a la transmisión de infecciones. A nivel mundial, se estima que un gran número de personas contraen infecciones relacionadas con la atención médica cada año, lo que afecta la calidad y la seguridad de los servicios de salud. La higiene de manos debe realizarse en cinco momentos clave: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después de estar expuestos a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después de estar en contacto con el entorno del paciente. Las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria (IAAS) son un problema global que

aumenta la morbilidad, la mortalidad y los costos de atención médica, además de afectar a los sistemas de salud en general.

- **Posición del paciente:** la posición más comúnmente utilizada es semi-incorporada, con el cabecero elevado entre 30-45 grados, a menos que existan contraindicaciones médicas. La posición supina puede aumentar el riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM), ya que facilita la aspiración de secreciones y el reflujo gastroesofágico, además de favorecer la colonización bacteriana. En contraste, las posiciones como el decúbito lateral y el decúbito prono pueden ofrecer ventajas significativas. El decúbito prono, en particular, ha demostrado mejorar la oxigenación y la función respiratoria. Realizar cambios posturales adecuados es esencial para mejorar el intercambio de gases, prevenir úlceras por presión y reducir la estancia en unidades de cuidados intensivos, lo que a su vez reduce costos.
- **Higiene bucal:** es esencial para prevenir infecciones respiratorias en pacientes con tubo endotraqueal. La colonización bacteriana en la boca puede convertirse en una fuente de infección pulmonar. Se recomienda cepillar la cavidad oral con un hisopo y clorhexidina al 2% cada 4 horas, ya que es más efectiva que la clorhexidina al 0.12%. Mantener los labios hidratados con vaselina es importante para prevenir irritaciones por roce con el tubo. Estos cuidados deben realizarse al menos una vez por turno y se pueden cambiar las cintas de sujeción si es necesario.
- **Aspiración de secreciones:** es un procedimiento necesario para eliminar el moco que obstruye parcial o totalmente las vías respiratorias en pacientes con tubo endotraqueal y debe ser una técnica estéril. En estos pacientes, el mecanismo natural de toser para expulsar las secreciones está comprometido debido al tubo. El objetivo principal de la aspiración es mantener las vías respiratorias libres, prevenir problemas respiratorios y reducir el riesgo de infecciones y colapso pulmonar debido a la acumulación de secreciones. Sin embargo, este procedimiento no debe realizarse de manera rutinaria, sino solo cuando haya una alta sospecha de acumulación de secreciones, ya que realizarlo de manera innecesaria puede tener efectos negativos, como broncoespasmo y daño a la mucosa traqueal. Se recomienda administrar oxígeno adicional antes y después de la aspiración y limitar la duración de la aspiración para evitar la hipoxia.
- **Comprobación de la posición del tubo endotraqueal:** para asegurarse de que el tubo endotraqueal esté en la posición correcta, se verifica que la punta del tubo esté situada de 4 a 5 cm por encima de la carina, que corresponde al nivel de la tercera a cuarta vértebra dorsal. Además, después de su inserción, se marca el

tubo endotraqueal al nivel del incisivo superior o de los labios para tener una referencia de su profundidad.

- Fijación del tubo endotraqueal (TET): con el objetivo de evitar su extubación accidental o movimientos excesivos. En el caso de hombres, la longitud típica dejada desde la comisura labial es de 23/24 cm, mientras que en mujeres es de 21/22 cm. Esta información debe quedar registrada en la gráfica del paciente.
- Cambio de posición del tubo endotraqueal: esencial al menos una vez por turno para prevenir la aparición de úlceras por presión en la comisura labial.
- Presión de neumotaponamiento o manguito traqueal: crea dos compartimentos separados entre la vía aérea superior y la vía aérea inferior. Sus funciones principales son asegurar una ventilación eficaz sin fugas de aire y prevenir la aspiración de secreciones de la vía aérea superior hacia los pulmones. Es fundamental comprobar la presión del manguito traqueal en varias situaciones, como después de cualquier manipulación del tubo, antes de realizar un cambio de posición del paciente, antes de realizar el lavado de la boca y al menos cada 6 horas. Esta comprobación se realiza utilizando un manómetro de presión. Los valores de presión considerados en el rango adecuado suelen estar entre 20-30 cmH₂O o 15-22 mmHg. Es importante destacar que presiones traqueales superiores a 30 cmH₂O o 22 mmHg pueden causar daño a la mucosa traqueal y aumentar las complicaciones, mientras que presiones inferiores a 20 cmH₂O o 15 mmHg aumentan el riesgo de aspiración y neumonía. Por lo tanto, mantener la presión del manguito en el rango adecuado es esencial para garantizar una atención segura al paciente intubado.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de pacientes con intubación endotraqueal es una responsabilidad fundamental para el personal de enfermería. Este proceso implica una serie de procedimientos y cuidados específicos que van desde la preparación y evaluación de la vía aérea hasta la confirmación de la posición adecuada del tubo endotraqueal y el monitoreo constante del paciente. El mantenimiento de la higiene bucal, la aspiración de secreciones cuando sea necesario y la comprobación regular de la presión del neumotaponamiento son medidas esenciales para prevenir complicaciones y garantizar la seguridad del paciente.

A pesar de la importancia de estos cuidados, varios estudios han destacado defi-

ciencias en la atención brindada por el personal de enfermería a pacientes con intubación endotraqueal. Sin embargo, la implementación de intervenciones educativas puede mejorar significativamente la calidad del cuidado proporcionado.

En resumen, el cuidado de pacientes con intubación endotraqueal requiere una formación sólida, habilidades técnicas precisas y una atención meticulosa por parte de los profesionales de enfermería. Esto no solo garantiza la prevención de complicaciones, sino que también promueve el bienestar y la seguridad de los pacientes en entornos de cuidados intensivos.

6 Bibliografía

1. Macías Sánchez KG, Acurio Barre SL, Chandi Ortiz KL. Cuidados de enfermería en pacientes con intubación endotraqueal en la unidad de cuidados intensivos. DC [Internet] 2022 [citado 26 de septiembre de 2023]; 8(3):794-806. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2958>.
2. Ramos Castillo, VH. Intervención educativa para el cuidado del paciente con intubación endotraqueal en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel [Internet]. 2020 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2221>.
3. Canales Ramos, A. N. Conocimiento y prácticas del mantenimiento de la intubación endotraqueal en el personal de enfermería del área de unidad de cuidados intensivos de los hospitales de la Diresa Lima. Universidad Privada Norbert Wiener [Internet] 2022 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/7494>.
4. Quirós Portuguese PI, Calderón Vega I. Inducción de secuencia rápida.: Revisión bibliográfica. CS [Internet] 2022 [citado 26 de septiembre de 2023]; 6(3):17-26. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/377>.

Capítulo 125

DISREFLEXIA AUTÓNOMA

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

JULIA GARRIDO PÉREZ

MARÍA MORA CORRAL

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

1 Introducción

El capítulo de libro a desarrollar consiste en una revisión bibliográfica a cerca de la disreflexia autónoma (DA), fenómeno que cuenta con poca investigación acerca de su epidemiología y las crisis vegetativas a las que da lugar a pesar de su consideración como una de las principales complicaciones en pacientes lesionados medulares.

Se define DA como un reflejo simpático como respuesta del sistema nervioso que carece de inhibición supra-espinal a un estímulo irritante por debajo del nivel de la lesión. Nanda la define como “respuesta no inhibida del sistema nervioso simpático ante un estímulo casual que pone en peligro la vida de las personas con una lesión medular en D7 o superior”.

Desde un punto de vista más fisiológico, se habla de DA como la hiperactividad del sistema nervioso simpático que se pone en marcha cuando el estímulo nocivo envía impulsos nerviosos a la médula espinal que son bloqueados a nivel de la

lesión a causa de la alteración de la actividad segmentaria y vascular por el daño medular; como consecuencia de este bloqueo, se activa el aumento de la actividad simpática mencionado anteriormente produciendo espasmos y estrechamiento de los vasos sanguíneos, de ahí el principal síntoma del aumento de la presión arterial (PA).

Los receptores cardiovasculares detectan este aumento y envían mensajes al cerebro que intenta equilibrar esa presión sanguínea reduciendo el ritmo cardíaco y provocando una dilatación de los vasos sanguíneos, sin embargo, estos mensajes no llegan hasta la zona por debajo de la lesión, lo que no permite equilibrar la PA.

El tratamiento va destinado a equilibrar la tensión arterial eliminando la exposición al estímulo que la esté causando, o con tratamiento farmacológico en caso de no identificar ese estímulo. Es importante una rápida intervención para evitar complicaciones posteriores como apoplejía, encefalopatía, infarto de miocardio, arritmias y muerte.

2 Objetivos

1. Analizar los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de una crisis vegetativa de disreflexia autónoma en personas con lesión medular.

1.1 Describir disreflexia autónoma y las crisis vegetativas que ésta provoca.(2)

1.2 Realizar una revisión bibliográfica sobre las publicaciones actuales acerca de disreflexia autónoma en lesionados medulares.

1.3 Conocer la importancia de la disreflexia autónoma en la lesión medular, su tratamiento e intervenciones de enfermería para solucionarla.

3 Metodología

El método elegido para la realización de este trabajo es la revisión bibliográfica retrospectiva sistemática de documentos de sociedades científicas dedicadas a la salud y estudios científicos. Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha accedido a las siguientes bases de datos: MEDLINE, PUBMED, CUIDEN, ...

Cabe destacar los documentos encontrados en las biblioteca de la Universidad de Castilla-la Mancha y en la biblioteca del Hospital Nacional de Paraplégicos, principal fuente del trabajo ya que es la única biblioteca a nivel nacional que cuenta con artículos actuales a cerca de pacientes lesionados medulares.

4 Resultados

La respuesta de sintomatología provocada por el sistema nervioso en la DA es producida como consecuencia a la respuesta del sistema nervioso simpático tras la aparición al estímulo, de manera que, entra a actuar el sistema nervioso parasimpático para detener esa reacción, sin embargo, no es suficiente incluso puede empeorarla.

Bajo el nivel de la lesión aparece un estímulo que se recibe a nivel del control inhibitor supraspinal causando una respuesta simpática en los órganos diana mediante los receptores alfa-hipertensivos. Produce piloerección, frialdad en la piel, hipertensión y bradicardia por el reflejo barorreceptor.

Por encima del nivel de lesión se produce una vasodilatación compensadora la cual conlleva a sudoración, obstrucción nasal, cefaleas.

Los estímulos nocivos viajan a través de los conductos aferentes somáticos y viscerales a los segmentos torácicos de la médula espinal. Las terminales simpáticas posganglionares liberan norepinefrina que desencadena una vasoconstricción súbita generalizada, hipertensión y espasmos viscerales.

Los espasmos viscerales casuan además vasoconstricción que estimula las terminales simpáticas y acentúa el fenómeno. Consideramos, por tanto, la DA como un fenómeno simpático primario que estimula los músculos lisos alfa-adrenérgicos.

El estímulo aferente desencadena una respuesta simpática periférica que da lugar a vasoconstricción e hipertensión. Las señales inhibitoras descendentes que normalmente contrarrestan el aumento de la presión sanguínea se bloquean a nivel de la lesión de la medula espinal.

Como sabemos, tras la explicación del marco teórico, la DA es desencadenada por la presencia de un estímulo nocivo por debajo del nivel de lesión que activa la actividad simpática sin oposición, el estímulo es llevado por los nervios sensitivos intactos por debajo de la lesión, activando los nervios simpáticos, y causando los síntomas principales de vasoconstricción masiva y aumento de la TA.

La principal barrera para evitar la DA se basa en la prevención evitando la aparición de estímulos nocivos gracias al uso de la educación sanitaria con el fin de mantener al paciente y la familia correctamente informada sobre los siguientes aspectos:

☑ Cuidado vesical: Control de vejiga y catéter rutinario asegurándonos de que es productivo y permeable. Mantener asepsia en la realización de cateterismos intermitentes.

☒ Cuidado intestinal: Dieta en alto contenido de fibra y bajo contenido graso para evitar estreñimiento y beber dos litros de agua diarios.

☒ Cuidados de la piel: Revisión de piel y mucosas para detectar eritemas o posible deterioro de la integridad cutánea. Cambios posturales cada dos horas.

☒ Educación sexual y reproducción: Uso de lubricante y realizar relaciones suavemente.

Enfermería ante la disreflexia autónoma en la lesión medular.

29

Es importante la informar al paciente, también, de estimulaciones aferentes extraordinarios que aumentan también el riesgo de hiperreflexia autónoma como pueden ser la cirugía o procedimientos invasivos de diagnóstico o investigación. Existe la posibilidad de la utilización de medicamentos profilácticos en pacientes propensos a sufrir crisis recurrentes de DA en pacientes con crisis recurrentes de DA que reducen la gravedad de los episodios, con estos fármacos nos referimos a alfa bloqueadores de adrenorreceptores, entre los más comunes a terazosina y tamsulosina.

Para procedimientos invasivos (Citoscopias, urodinamia o procesos radiológicos) puede ser conveniente el uso de nifedipina profiláctica o nitratos, indicados a los pacientes antes del procedimiento en pacientes crónicos.

Otra manera de prevención queda demostrada por Mejía y Nemunaitis en sus estudios sobre crisis de DA en individuos con LM los cuales contaban con factores de riesgo como podían ser cálculos renales, osificación heterotópica, etc en los cuales se implantaban bombas intratecales de baclofeno.

La bomba de terapia intratecal de baclofeno es un procedimiento reversible en el cual se implanta subcutáneamente un sistema de administración de baclofeno entre las capas que envuelven el cerebro y la médula espinal, cuya duración media es de 6 horas, de ahí su perfusión continua. El baclofeno es un agonista del receptor gamma-aminobutírico. Es el fármaco más común para el tratamiento de la espasticidad. Actúa inhibiendo el reflejo de la micción y es utilizado en el tratamiento de pacientes con vejiga neurógena, la cual es la principal causa de DA.

Contrastado con numerosos autores, se ha demostrado que los episodios de DA reducen la calidad de vida de los pacientes. Encontramos esta complicación en la lesión medular completa e incompleta, estudios realizados por el Diario de Medicina de la Médula Espinal demuestran que es más frecuente entre pacientes con LM Completa que los que padecían de lesión incompleta, sin embargo, se ha

estudiado que suele resultar más grave en los lesionados medulares incompletos.

5 Discusión-Conclusión

La disreflexia autónoma puede provocar complicaciones potencialmente mortales de no ser tratada, entre las más comunes encontramos la hemorragia cerebral, infarto de miocardio o arritmias cardíacas.

Actualmente hay poca investigación acerca del conocimiento y la atención médica de emergencia cuando aparece una crisis de DA entre los profesionales sanitarios. ☒

Necesidad de programas educativos dedicados al realce del conocimiento de DA entre profesionales sanitarios, familia e individuos que traten con pacientes con lesión medular.

La principal medida para evitar la DA es la prevención, por lo que lo esencial es la educación al paciente sobre los cuidados de la piel, vejiga e intestino al ser los estímulos más comunes.

Entre la sintomatología principal de la DA encontramos el aumento de la tensión arterial, dolor de cabeza, enrojecimiento de cara, sudoración por encima de la lesión, congestión nasal y bradicardia. Consideramos como estímulos más comunes la distensión vesical, infección del tracto urinario, impactación fecal y espasticidad, aunque hay una larga lista de estímulos que pueden llevar a cabo crisis de DA.

6 Bibliografía

1. Hospital Nacional de Paraplégicos. Guía de cuidados del lesionado medular. Toledo. Servicio de salud de Castilla la Mancha (SESCAM); 2008[acceso 6/10/2017].
2. Henao C, Pérez J. Spinal Cord Injuries and Disabilities: A Review. Aquichan [revista en Internet] 2010 [acceso 7/10/2017]; 10(2):157-172. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74116245006.pdf>.
3. Henao C, Perez J. Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. Hacia la promoción de la Salud [revista en Internet]. 2011[acceso 05/10/2016]; 16(2):52-67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a04.pdf>.

4. Rueda M, Aguado A, Alcedo M. Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular (LM): una revisión bibliográfica. 2008[acceso 8/10/2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200002.
5. Mazaira J, Labanda F, Romero J, Garcia ME, Gambarruta C, Sanchez A et ál. Epidemiología de la lesión medular y otros aspectos. Rehabilitación [revista en Internet] 1998 [acceso 10/10/2016]; 32: 365-72. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-epidemiologia-lesion-medular-otros-aspectos--13004869>.

Capítulo 126

ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y EL SUICIDIO

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

JAVIER MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

1 Introducción

Se considera droga cualquier tipo de sustancia que al ser introducida en el cuerpo pueda alterar el funcionamiento normal del sistema nervioso central.

El uso de drogas puede provocar cambios en la conducta, estado de ánimo o percepción de la realidad. Además, el consumo de drogas puede dar lugar a:

- Dependencia psicológica: ocurre cuando la persona tiene una necesidad continuar de consumiendo para así volver a experimentar placer o evitar un malestar emocional.
- Dependencia física: producido cuando el organismo se ha adaptado a la sustancia y la necesita consumir para lograr el estado basal de la persona.
- Tolerancia: en estos casos el cuerpo ya se ha habituado a la dosis y necesita un aumento en la frecuencia y cantidad para conseguir el mismo efecto que se obtenían con dosis más pequeñas.

Existe una amplia variedad de drogas, generalmente las drogas provocan tres tipos de efectos en el Sistema Nervioso:

- Estimulantes: aquellas que aceleran el funcionamiento del organismo. Provo- can la sensación de tener más energía, mayor euforia o estar más despierto. Es- timulantes mayores como las anfetaminas, el speed, la cocaína, y, por otro lado, están los estimulantes menores como la nicotina, la cafeína, la taurina (bebidas energéticas), etc.
 - Depresoras: hacen que el organismo funcione más lentamente y producen efec- tos sedantes. Entre ellas se encuentran el alcohol, los tranquilizantes y ansiolíti- cos, los hipnóticos e inductores del sueño (barbitúricos, benzodiazepinas), los opiáceos (heroína, morfina, metadona).
 - Las perturbadoras (psicodélicos): hacen que se perciban cosas o sensaciones que no son reales. Entre ellas podemos encontrar:
 - Alucinógenos: ácido lisérgico, hongos, setas alucinógenas...
 - Derivados del cannabis: hachís, marihuana.
 - Drogas de síntesis: éxtasis.
 - Ketamina, popularmente conocida como caballo.
 - Disolventes y sustancias volátiles: acetato, benceno, gasolina, colas.
- En la actualidad se puede observar un repentino aumento del consumo de drogas, sobre todo entre los jóvenes. Las más consumidas son el tabaco, alcohol, cannabis y cocaína.

2 Objetivos

- Demostrar si existe una asociación entre el consumo de drogas y el suicidio.
- Concienciar y prevenir sobre el consumo de drogas.

3 Metodología

Para poder realizar el trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Cochrane, Scielo, Google Académico, pero so- bre todo centrado en Pubmed. Se han empleado varios filtros con el objetivo de obtener artículos y estudios actualizados y con una fiabilidad clara.

4 Resultados

El consumo de drogas (alcohol, cannabis, fármacos, tabaco, etc.) es uno de los principales problemas actuales en la sociedad desde una edad temprana.

Se ha descrito la presencia de un modelo bidireccional entre la ideación suicida y el consumo de drogas. Por una parte, el consumo de sustancias aumenta progresivamente el riesgo de aparición de ideas suicidas, mientras que la ideación suicida aumenta las tasas de abuso y dependencia de sustancias. Así, se deduce que las sobredosis y los intentos de suicidio se sitúan en una misma columna de alteraciones conductuales interrelacionadas de forma compleja.

Las dosis tóxicas y el suicidio representan dos de las principales causas de muerte prematura entre la gente joven. Por lo que algunos estudios sitúan a las sobredosis como el principal método de suicida en los jóvenes.

Considerando la elevada frecuencia de episodios de sobredosis entre las personas drogodependientes, nos enfrentamos a un dato realmente alarmante. El 12% de las personas jóvenes que consumen por vía parenteral presentan por lo menos un episodio de sobredosis durante un intervalo de seguimiento de 3 meses, y el 11% de los jóvenes que abusan de sustancias por cualquier vía de administración tienen como mínimo un episodio de sobredosis a lo largo de seis meses. Asimismo, el riesgo de sobredosis aumenta cuanto más largo es el periodo de consumo.

La gran mayoría de los estudios que se han contrastado coinciden, en que hay una clara relación existente entre el factor de riesgo de consumo de drogas y el suicidio. Concretamente todos excepto tres, expresan una relación positiva. Solo se ha visto una discrepancia en el consumo de antipsicóticos donde dos estudios se contradicen, por lo que en este caso la relación es ambigua y no del todo clara. Por otro lado, también se ha observado que hay algunos estudios que no son concluyentes y, por lo tanto, no pueden demostrar una clara evidencia.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar y comprobar los estudios hemos podido observar que gran parte de los casos de suicidio están asociados significativa y positivamente al uso de drogas.

Además, se ha observado que la población joven tiene más probabilidad de riesgo de suicidio que el resto de la población, ya que son ellos los que tienen una mayor accesibilidad a este tipo de sustancias de las que es fácil abusar. A ello se añade que la población adolescente se encuentra en una etapa de necesidad y afán por la independencia, y aceptación social.

A pesar de que hay muchos estudios que demuestran esta relación, no es el único factor que afecta a la idealización del suicidio. Entre ellas se encuentra la depresión o estrés, la situación familiar y la autopercepción.

6 Bibliografía

1. A. F-Q, D. M-A, C. P-G. Relación entre sobredosis y suicidio en las muertes asociadas al consumo de drogas [Internet]. Redalyc.org. 2010 [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/919/91956202010/91956202010.pdf>
2. Martí Palacios A. Informe sobre drogas 2018. ESpaña: Ministerio de Sanidad; 2019. disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018_CDR2018Espanol.pdf
3. Schepis TS, Simoni-Wastila L, McCabe SE. Prescription opioid and benzodiazepine misuse is associated with suicidal ideation in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Jan;34(1):122-129. doi: 10.1002/gps.4999. Epub 2018 Oct 16. PubMed PMID: 30328160; PubMed Central PMCID: PMC64453807
4. Yasuda M, Kobayashi T. Suicide attempts by drug overdose at Jichi Medical University Hospital emergency centre: A study of patient characteristics and quantity of drug overdose. *Asian J Psychiatry*. 2019 Mar;41:34-37. doi:10.1016/j.ajp.2018.10.015. Epub 2018 Oct 6. PubMed PMID: 30318306.

Capítulo 127

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS COMPLICADAS

ADELA CUENCA ARANDA

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

NOELIA VALVERDE BAEZA

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

EMMA MARTÍN MAÑAS

1 Introducción

Las heridas crónicas o de difícil cicatrización suponen uno de los principales retos para los profesionales de la salud, sobre todo para el personal de enfermería, que generalmente es el encargado de realizar las curas de las heridas.

La Terapia de Presión Negativa (TPN) es un nuevo método de cuidado de heridas complicadas que se basa en aplicar presión negativa controlada. Este tipo de terapia favorece la cicatrización de heridas crónicas mediante diferentes mecanismos fisiológicos, como son la formación de nuevos vasos sanguíneos y la disminución de la carga bacteriana.

La presión negativa en la que se basa el sistema se puede aplicar de dos formas diferentes: continua o intermitente. Siempre se aplica creando un entorno húmedo equilibrado, consiguiendo así eliminar el exceso de exudado que retrasa la cicatrización de la herida.

El porcentaje de complicaciones por el uso de esta terapia es realmente bajo si la herida se ha seleccionado de forma correcta y si se realiza una adecuada preparación de la misma para someterla a esta terapia.

Por el contrario, los beneficios que se obtienen son el resultado de los dos mecanismos anteriormente mencionados: el control del exudado y la estimulación de la herida con la consiguiente formación de nuevos vasos sanguíneos y aceleración del crecimiento de tejido de granulación.

2 Objetivos

- Conocer qué es la Terapia de Presión Negativa.
- Nombrar las ventajas e inconvenientes de la Terapia de Presión Negativa.
- Describir los diferentes sistemas más utilizados en este tipo de terapia.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una revisión bibliográfica de la terapia de presión negativa en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo y Google Académico y páginas web oficiales de distintos organismos de salud.

También se ha tenido en cuenta los conocimientos adquiridos durante la experiencia práctica del trabajo en la planta de Traumatología.

4 Resultados

La Terapia de Presión Negativa (TPN) es un método que se fundamenta en aplicar una presión negativa determinada en el lecho de una herida, con el objetivo de favorecer la cicatrización por medio de la eliminación del exudado.

Para ello se debe de colocar una esponja porosa estéril sobre el lecho de la herida que será cubierta y fijada por un apósito transparente con un tubo de drenaje que desemboca en un depósito. Este depósito contiene el sistema que aplica la presión negativa sobre la herida y también recoge el exudado y las sustancias que interfieren en la evolución favorable de la herida.

Dicha presión se puede dar de forma continua o intermitente. Generalmente, la presión más frecuentemente utilizada en el manejo de la TPN es de -125mmHg, aunque esta puede variar desde -50mmHg hasta -200mmHg.

La terapia de presión negativa fue creada como un método alternativo para facilitar el tratamiento de una amplia variedad de heridas, con el fin de aumentar la

comodidad y la calidad de vida del paciente.

Sus indicaciones son múltiples y entre ellas está incluido el tratamiento de heridas crónicas como son: úlceras por presión, heridas vasculares, úlceras diabéticas, heridas traumáticas, etc.

La terapia de presión negativa proporciona los siguientes procesos en las heridas:

1. Absorción del exudado, por lo que disminuye el edema resultante.
2. Favorece la vascularización y el riego sanguíneo con la formación de nuevos vasos sanguíneos.
3. Disminución de la carga bacteriana.

Las complicaciones de la terapia de presión negativa son realmente pocas y se relacionan con la manipulación del material y del sistema de presión por parte del ser humano.

La principal complicación es el daño de los bordes y del tejido de alrededor de la herida, debido a la exposición a la espuma y la presión, que puede generar maceración y destrucción de piel sana cercana a la lesión. Esta complicación se debe de prevenir colocando la espuma solamente sobre el área de la herida sin que sobresalga por los bordes.

Todos los sistemas de la terapia de presión negativa comparten los mismos componentes. Son los siguientes:

1. Apósitos transparentes.

Los apósitos transparentes están fabricados de polivinilo, permitiendo así el intercambio gaseoso entre herida y medio ambiente, creando un clima equilibrado y manteniendo la herida protegida de bacterias externas.

2. Espumas.

Las espumas de poliuretano y polivinilo están fabricadas y preparadas para utilizarlas dependiendo del tipo de herida que tengamos. Estas espumas están formadas por poros, por los cuales pasa el exudado de la herida, que es recogido mediante los tubos de drenaje que desembocan en un depósito.

3. Tubo de drenaje.

Es un tubo o catéter que une el apósito con el depósito y por el cual pasa el exudado que se recoge.

4. Depósito o canister.

Es una caja hecha de plástico que dependiendo del exudado y las secreciones que produce tiene una capacidad determinada (300, 500, 1.000 ml). Estos depósitos son desechables, herméticos y tienen filtros de carbón para evitar la salida de malos olores al medio externo.

5. Sistemas de succión.

Son sistemas especializados de succión, con un microsoftware de manejo fácil. Tienen una pantalla con instrucciones en diferentes idiomas para programar la presión que se quiere aplicar, así como un tutorial del manejo del sistema.

Hay diferentes sistemas utilizados en la TPN, todos actúan de la misma forma aunque los componentes sean diferentes.

1. Sistema VAC (terapia de cierre asistido por vacío).

Primero, se limpia la herida, y después se aplica la espuma en el lecho de la herida. Esta espuma está fabricada con poliuretano y tiene diferentes poros abiertos, por los cuales el exudado se elimina, estimulando así la formación de tejido de granulación.

Tiene la capacidad de absorber grandes cantidades de exudado, por lo que está indicado en heridas muy exudativas.

El tamaño de la espuma deberá de ser el mismo que el lecho de la herida que debemos cubrir, pudiendo recortarse la espuma con la forma adecuada para ello. Es importante que la espuma no quede encima de los bordes de la herida, ya que podría ocasionar complicaciones como la maceración.

Una vez puesta la espuma, cubrimos todo con un apósito de plástico transparente, donde está conectado el tubo de drenaje.

Este mismo tubo de drenaje desemboca en el depósito. Este depósito permite cuantificar la cantidad y las características del exudado.

2. Sistema PICO.

El apósito PICO tiene la característica de que es un dispositivo portátil de un solo uso y fácil manejo para los profesionales y el propio paciente.

El sistema PICO, está indicado generalmente en heridas quirúrgicas cerradas que sufren complicaciones como son gran cantidad de exudado, infección, dehiscencia de la herida, etc.

Este dispositivo está compuesto por:

- Mini bomba: es capaz de aplicar una presión negativa de -80 mmHg durante una semana.
- Apósito que consta de tres capas:
 - Capa con adhesivo de silicona en contacto con la piel: asegura la fijación del apósito sin dañar la piel (se puede utilizar en pieles frágiles).
 - Capa de poliacrilato con fibras de carboximetilcelulosa que tiene una alta capacidad de absorción.
 - Capa de film de poliuretano en el exterior que permite el intercambio de gases con el medio exterior.
 - Tiras extra secundarias para asegurar la fijación del apósito.

El mecanismo de acción del sistema PICO se basa en crear una presión negativa de -80mmHg de forma que el exudado es absorbido por el apósito.

La mini bomba del sistema PICO tiene diferentes alarmas que avisan del estado de batería, el estado de la presión y vacío que se aplica y la capacidad de absorción que queda en el apósito.

3. Sistema SNAP.

SNAP es un sistema de Terapia de Presión Negativa Portátil, muy utilizado de forma ambulatoria.

Está indicado para la eliminación de pequeñas cantidades de exudado debido al tamaño de su depósito.

Es un dispositivo que se activa de forma manual creando presión de vacío, por lo que no necesita batería y permite al paciente una mayor autonomía.

La presión negativa que aplica el Sistema SNAP es de -125 mmHg.

Este sistema está formado de una placa gelificante, que convierte el exudado en gel, y que dispone de una válvula antirretorno que se encarga de mantener el exudado dentro del apósito. Hay dos tamaños en el mercado según su capacidad de absorción: 60 ml y 150 ml.

El sistema SNAP está compuesto por:

1. Apósitos de hidocoloide:

Se encargan de mantener la fijación y evitan la maceración de los bordes de la herida. Están diseñados con una plantilla cuadrículada para favorecer su corte.

El puerto que aplica la presión está integrado en el apósito y el tubo de drenaje se puede recortar para adaptarse a las condiciones y necesidades del paciente.

La espuma de poliuretano facilita la eliminación del exudado, fomentando la formación del tejido de granulación.

Todos estos sistemas se basan en el mismo método de funcionamiento, aunque los componentes que lo forman sean diferentes en cada caso.

5 Discusión-Conclusión

La TPN se desarrolló para promover el cierre de heridas complejas. También es muy útil para preparar el lecho de la herida, minimizando así el tiempo de cierre y de hospitalización, disminuyendo los costos y aumentando la calidad de vida del paciente.

La Terapia de Presión Negativa es una terapia coadyuvante en el manejo avanzado de heridas.

Sin embargo, la terapia de presión negativa no se debe usar de forma individualizada, si no que se deben de conocer otras modalidades terapéuticas en el manejo de heridas complicadas.

El uso de la Terapia de Presión Negativa cada vez es más habitual en entornos hospitalarios y ambulatorios, por lo que es necesario tener un conocimiento básico de su funcionamiento.

6 Bibliografía

1. Terapia de Presión Negativa - TPN. (2019, septiembre 30). CMUC. <https://www.centroulcerascronicas.com/servicios/terapia-presion-negativa/>.
2. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo. Elsevier.es. Recuperado el 1 de octubre de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sistema-cierre-asistido-por-vacio-S0009739X10000734>.
3. Cuidados de Enfermería en pacientes con apósito Pico como prevención de la herida quirúrgica en cirugía cardíaca. (2015). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/pico-cirugia-cardiaca-enfermeria/>.
4. PICO family. (s/f). Smith-nephew.com. Recuperado el 1 de octubre de 2023, de <https://smith-nephew.com/es-es/health-care-professionals/products/advanced-wound-management/pico-family>.
5. Autorizado, D., & Medcorp. (s/f). Ficha Técnica Terapia V.A.C. ®. Medcorp.cl. Recuperado el 1 de octubre de 2023, de <https://www.medcorp.cl/wp-content/uploads/2019/10/Ficha-Tecnica-SNAP.pdf>.

Capítulo 128

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

1 Introducción

No podemos empezar la introducción a este trabajo de investigación con resultados sin destacar que la pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria del páncreas que puede tener graves consecuencias para la salud de un paciente si no se maneja adecuadamente.

En el ámbito de la enfermería, el cuidado y la atención a pacientes con pancreatitis aguda representan un desafío significativo debido a la complejidad de esta enfermedad y a su capacidad para evolucionar rápidamente hacia complicaciones potencialmente mortales.

La actuación de enfermería en estos casos es esencial para proporcionar un enfoque integral de cuidados que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales del paciente.

La pancreatitis aguda se caracteriza por la inflamación súbita del páncreas, un órgano crucial en la digestión y la regulación de los niveles de glucosa en sangre. Esta inflamación puede ser causada por una variedad de factores, como la obstrucción de los conductos pancreáticos, el consumo excesivo de alcohol, la presencia de cálculos biliares o infecciones.

Los síntomas incluyen dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos, fiebre y alteraciones en los niveles de enzimas pancreáticas en sangre.

La pancreatitis aguda puede ser una condición médica extremadamente dolorosa y peligrosa si no se trata a tiempo y de manera adecuada.

2 Objetivos

- Proporcionar información detallada y comprensible sobre cómo se aborda la pancreatitis aguda desde la perspectiva de la enfermería.
- Aumentar la conciencia sobre la gravedad de la pancreatitis aguda y su impacto en la salud de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, se han revisado páginas web de rigor científico y se han consultado artículos en algunas de las principales bases de datos: Dialnet, Lilacs, PubMed y la Biblioteca Cochrane Plus, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La actuación de enfermería en un paciente con pancreatitis aguda es fundamental para proporcionar un cuidado adecuado y mejorar la recuperación del paciente. Aquí se presentan una serie de acciones y consideraciones que los enfermeros pueden llevar a cabo en el cuidado de un paciente con pancreatitis aguda:

1. Valoración inicial: Realizar una evaluación exhaustiva del paciente para determinar su estado general, antecedentes médicos, síntomas, y signos vitales. Prestar especial atención a la presencia de dolor abdominal, náuseas, vómitos y signos de shock.

La valoración inicial detallada del paciente, incluyendo la historia clínica y la evaluación de los signos vitales, es el primer paso crucial para comprender la gravedad de la pancreatitis aguda y diseñar un plan de atención individualizado.

2. Control del dolor: Administrar analgésicos según las indicaciones médicas para aliviar el dolor abdominal. Monitorizar la respuesta del paciente al tratamiento y ajustar la medicación según sea necesario.

La gestión del dolor es primordial, ya que el dolor abdominal agudo es una característica prominente de esta enfermedad. Los enfermeros administran analgésicos según las indicaciones médicas y monitorizan la respuesta del paciente para asegurarse de que estén cómodos y aliviados.

3. NPO (Nada por boca): Mantener al paciente en ayuno absoluto para permitir que el páncreas descanse. La alimentación se reintroducirá gradualmente cuando el médico lo indique.

4. Hidratación: Administrar líquidos intravenosos para mantener la hidratación y corregir cualquier desequilibrio electrolítico. Es importante prevenir la deshidratación, que es común en los pacientes con pancreatitis aguda.

5. Monitoreo de enzimas pancreáticas: Realizar análisis de sangre para medir los niveles de amilasa y lipasa, que son enzimas pancreáticas. Estos valores pueden ayudar a diagnosticar y seguir la progresión de la pancreatitis.

Los enfermeros colaboran en la recolección de muestras y aseguran que los resultados sean comunicados al equipo médico para una evaluación precisa de la progresión de la enfermedad.

6. Control de náuseas y vómitos: Administrar medicamentos antieméticos para aliviar las náuseas y vómitos, que son síntomas comunes en la pancreatitis aguda.

7. Cuidado de la vía intravenosa: Mantener una vía intravenosa permeable y controlarla para evitar complicaciones como la flebitis.

8. Control de la glucosa: Vigilar los niveles de glucosa en sangre y administrar insulina si es necesario para controlar la hiperglucemia, que es común en la pancreatitis aguda.

9. Monitorización continua: Observar y registrar los signos vitales regularmente para identificar cualquier cambio en el estado del paciente.

10. Educación al paciente: La educación al paciente es otra faceta crucial de la

atención de enfermería en casos de pancreatitis aguda. Proporcionar información al paciente sobre su enfermedad, el plan de tratamiento, la importancia de seguir una dieta adecuada y las señales de advertencia a las que debe estar atento, identificando signos de empeoramiento. También pueden ofrecer orientación sobre la nutrición y la necesidad de cambiar la dieta.

11. Preparación para cirugía: En algunos casos graves de pancreatitis aguda, puede ser necesaria una intervención quirúrgica. La enfermería debe preparar al paciente para la cirugía y proporcionar apoyo emocional.

12. Prevención de complicaciones: Estar atento a posibles complicaciones como infecciones, abscesos pancreáticos, fallo orgánico, y tomar medidas preventivas y terapéuticas según sea necesario.

Es importante recordar que la atención de enfermería debe ser personalizada y adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente con pancreatitis aguda. Además, siempre se debe trabajar en colaboración con el equipo médico para garantizar un cuidado integral y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

La actuación de enfermería en el contexto de la pancreatitis aguda es de suma importancia para ofrecer una atención integral y de calidad a los pacientes que padecen esta enfermedad. Esta condición puede ser extremadamente dolorosa y potencialmente grave, por lo que los enfermeros desempeñan un papel fundamental en su manejo.

Se destaca la importancia de que los enfermeros están atentos a la posible aparición de complicaciones, como infecciones, abscesos pancreáticos y fallo orgánico, y toman medidas preventivas y terapéuticas según sea necesario.

En definitiva, la actuación de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda es multidisciplinaria y holística, con un enfoque en el alivio del dolor, el control de los síntomas, la monitorización constante y la educación del paciente. La colaboración con el equipo médico es esencial para lograr la mejor atención posible y mejorar las posibilidades de recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Molina Socola, J. C. (2013). Características Clínicas, Epidemiológicas Y Terapéuticas De La Pancreatitis Aguda Grave.

2. Lipovestky, F., Ramos, A., Cueto, G., Tonelli, C., Guimaraens, P., Reina, R,... & Loudet, C. I. (2016). Pancreatitis aguda. Su manejo en cuidados intensivos. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 33(1).
3. Brito, M. A. (2002). Pancreatitis aguda. J. Sanchez, Libro texto de Cirugía. Sociedad Ecuatoriana de Cirugía.
4. Durón, D. B., Laínez, A. G., García, W. U., Rubio, L. L., Rosales, A. B., & Romero, L. D. (2018). Pancreatitis aguda: evidencia actual. *Archivos de Medicina*, 14(1), 4.

Capítulo 129

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDÍACAS

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

1 Introducción

La asistencia de enfermería en pacientes con enfermedades cardíacas es una faceta crucial de la atención médica contemporánea. Las enfermedades cardiovasculares representan una carga significativa para la salud pública en todo el mundo y son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en muchas poblaciones. Estas afecciones, que incluyen enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, arritmias y muchas otras, requieren un enfoque integral y multidisciplinario para su manejo efectivo.

En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en el cuidado y la atención de los pacientes con enfermedades cardíacas. Su labor abarca desde la prevención y la educación hasta el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Los enfermeros y enfermeras son los aliados más cercanos de

los pacientes durante su proceso de atención cardíaca, brindándoles apoyo físico, emocional y educativo a lo largo de su trayecto de atención médica.

En esta introducción, exploraremos en detalle la importancia de la asistencia de enfermería en el contexto de las enfermedades cardíacas. Analizaremos cómo los enfermeros y enfermeras contribuyen activamente a la promoción de la salud cardiovascular, la prevención de complicaciones, la gestión de síntomas y el apoyo a la recuperación de los pacientes. Además, examinaremos la evolución de la práctica de enfermería en el ámbito cardiológico a lo largo del tiempo y cómo los avances en la investigación y la tecnología han mejorado la atención brindada a estos pacientes. En última instancia, esta introducción sirve como punto de partida para comprender la invaluable labor de los profesionales de enfermería en el cuidado integral de las enfermedades cardíacas y su impacto en la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo.

2 Objetivos

Informar al lector sobre la importancia de las enfermedades cardíacas.

Aumentar la conciencia sobre la necesidad de un cuidado de enfermería especializado en este ámbito.

3 Metodología

La metodología para llevar a cabo dicho estudio ha sido mediante la revisión bibliográfica de artículos del tema en cuestión así como consultar y comparar con diferentes bases de datos dialnet, pubmed, scielo, revistas científicas, etc. Con todo ello se ha recopilado información relevante para elaborar dicho estudio.

4 Resultados

La asistencia de enfermería en pacientes con enfermedades cardíacas es esencial para proporcionar cuidados de alta calidad y promover la salud cardiovascular. Aquí te proporciono algunas áreas clave de atención y recomendaciones generales que los enfermeros pueden seguir al cuidar a pacientes con enfermedades cardíacas:

1. Evaluación inicial:

- Realizar una evaluación completa del paciente, incluyendo antecedentes médicos, síntomas actuales y factores de riesgo cardiovascular.

- Medir signos vitales, incluyendo la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

2. Educación del paciente:

- Proporcionar educación sobre la enfermedad cardíaca, su manejo y prevención.
- Instruir al paciente sobre la importancia de seguir las indicaciones médicas, incluyendo medicamentos, cambios en el estilo de vida y terapia de rehabilitación cardíaca, si es necesario.

3. Administración de medicamentos:

- Administrar medicamentos según las prescripciones médicas y evaluar los efectos y efectos secundarios.
- Educar al paciente sobre la importancia de tomar los medicamentos según las indicaciones.

4. Monitorización continua:

- Realizar una monitorización continua de los signos vitales y la función cardíaca.
- Vigilar la respuesta del paciente a las intervenciones y ajustar el plan de cuidados según sea necesario.

5. Manejo del dolor:

- Evaluar y gestionar el dolor relacionado con la enfermedad cardíaca o procedimientos invasivos.
- Utilizar escalas de evaluación del dolor para determinar la intensidad y la efectividad de la analgesia.

6. Terapia de rehabilitación cardíaca:

- Coordinar y supervisar la participación del paciente en programas de rehabilitación cardíaca.
- Ayudar al paciente a establecer metas de estilo de vida saludable, como la actividad física regular y la dieta equilibrada.

7. Apoyo emocional:

- Proporcionar apoyo emocional al paciente y a su familia, ya que las enfermedades cardíacas pueden ser emocionalmente desafiantes.
- Remitir a servicios de apoyo psicológico cuando sea necesario.

8. Prevención de complicaciones:

- Identificar y prevenir posibles complicaciones, como la insuficiencia cardíaca descompensada, arritmias o eventos trombóticos.
- Realizar educación sobre los signos de alarma y cuándo buscar atención médica de emergencia.

9. Coordinación del cuidado:

- Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica, incluyendo cardiólogos y otros especialistas.

- Asegurar una transición suave entre la atención hospitalaria y ambulatoria.

10. Documentación precisa:

- Mantener registros precisos y completos de la atención brindada al paciente.

Es importante recordar que la atención de enfermería en pacientes con enfermedades cardíacas debe ser individualizada y adaptada a las necesidades específicas de cada paciente. Además, las pautas y prácticas pueden variar según la región y las instituciones de atención médica. Por lo tanto, es esencial seguir las políticas y procedimientos locales y mantenerse actualizado con las últimas investigaciones y recomendaciones en el campo de la cardiología.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la asistencia de enfermería en pacientes con enfermedades cardíacas desempeña un papel crítico en la atención integral y el bienestar de los pacientes. Los enfermeros tienen la responsabilidad de proporcionar una atención personalizada y de alta calidad, que abarca desde la evaluación inicial hasta el apoyo emocional y la educación del paciente. La coordinación eficiente con el equipo médico y la monitorización constante son esenciales para garantizar un cuidado óptimo.

La prevención de complicaciones, la gestión del dolor y la promoción de un estilo de vida saludable son componentes fundamentales de la atención de enfermería en enfermedades cardíacas. Además, la documentación precisa y el seguimiento a largo plazo son cruciales para garantizar la continuidad de la atención y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En última instancia, el papel de los enfermeros en el cuidado de pacientes con enfermedades cardíacas va más allá de la administración de tratamientos; implica brindar apoyo holístico y empático a los pacientes y sus familias, ayudándoles a comprender su condición y a tomar decisiones informadas para promover la salud cardiovascular a largo plazo. El compromiso de los enfermeros en esta área contribuye de manera significativa a la prevención y el manejo efectivo de las enfermedades cardíacas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y reduciendo las tasas de complicaciones y hospitalización.

6 Bibliografía

1.-Akodad M, Schurtz G, Adda J, et al. Manejo de valvulopatías con insuficiencia cardíaca aguda grave y shock cardiogénico.

2.-Vahdatpour C, Collins D, Goldberg S. Shock cardiogénico. Asociación Americana del Corazón [Internet].

3.-Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado el 29 de mayo de 2023]. Enfermedades cardiovasculares (ECV). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>

Capítulo 130

CÁNCER DE CÉRVIX, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

1 Introducción

El cáncer de cérvix, también conocido como cáncer cervical, es una enfermedad que afecta a miles de mujeres en todo el mundo. Se caracteriza por el crecimiento anormal de células en el cuello uterino, la parte inferior del útero que se conecta con la vagina. Este tipo de cáncer se ha convertido en un importante problema de salud pública, pero la buena noticia es que, en gran medida, es prevenible y tratable cuando se detecta a tiempo. Desde la perspectiva de la enfermería, desempeñamos un papel crucial en la educación, la prevención y el apoyo a las mujeres en su lucha contra esta enfermedad.

Exploraremos los factores de riesgo asociados con el cáncer de cérvix y cómo los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel esencial en la promo-

ción de la prevención y el cuidado integral de las pacientes. Además, destacaremos las estrategias de prevención, como la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y las pruebas de detección, que son herramientas fundamentales para la reducción de la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad. La enfermería desempeña un papel fundamental en la educación, la detección temprana y el apoyo emocional a las mujeres en riesgo y a aquellas que luchan contra el cáncer de cérvix, contribuyendo así a un enfoque integral de la atención médica.

2 Objetivos

Dar a conocer información importante sobre el cáncer de cérvix, sus factores de riesgo y la importancia de la prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 cáncer de cuello uterino, también conocido como cáncer de cérvix, es una enfermedad que afecta a las células del cuello uterino. Desde el punto de vista de la enfermería, es importante comprender los factores de riesgo y las estrategias de prevención para brindar atención integral a las mujeres y promover la salud. Aquí te proporciono información sobre estos aspectos:

Factores de riesgo del cáncer de cérvix:

1. ****Infección por el VPH:**** La infección por ciertos tipos de VPH es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del cáncer de cérvix. Los enfermeros pueden educar a las mujeres sobre la importancia de las vacunas contra el VPH y promover la vacunación en grupos de edad adecuados.
2. ****Tabaquismo:**** Fumar aumenta el riesgo de cáncer de cérvix. La enfermería puede proporcionar apoyo para dejar de fumar y ofrecer recursos para programas

de cesación del tabaco.

3. ****Inicio temprano de relaciones sexuales:**** Iniciar relaciones sexuales a una edad temprana puede aumentar el riesgo. Los enfermeros pueden educar sobre la importancia de las relaciones sexuales seguras y el uso de condones.

4. ****Múltiples parejas sexuales:**** Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de exposición al VPH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La enfermería puede ofrecer asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras y el uso de métodos de barrera.

5. ****Bajo acceso a la atención médica:**** Las mujeres que no reciben atención médica regular, incluidas las pruebas de Papanicolaou (Pap), corren un mayor riesgo. Los enfermeros pueden promover la importancia de los exámenes de detección regulares y ayudar a eliminar las barreras para acceder a la atención médica.

Prevención desde el punto de vista de la enfermería:

1. ****Educación y concienciación:** Los enfermeros pueden desempeñar un papel fundamental al educar a las mujeres sobre el cáncer de cérvix, sus factores de riesgo y la importancia de las pruebas de detección, como el Pap y las pruebas de VPH.

2. ****Promoción de la vacunación contra el VPH:**** Los enfermeros pueden informar sobre la vacuna contra el VPH, recomendada para adolescentes y adultos jóvenes, y ayudar a las mujeres a acceder a ella.

3. ****Apoyo en la toma de decisiones:**** Ofrecer apoyo emocional y educación a las mujeres que enfrentan decisiones relacionadas con la detección y el tratamiento del cáncer de cérvix.

4. ****Consejería sobre prácticas sexuales seguras:**** Proporcionar información sobre prácticas sexuales seguras y el uso de métodos de barrera para reducir el riesgo de infecciones.

5. ****Promoción de estilos de vida saludables:**** Los enfermeros pueden alentar a las mujeres a llevar un estilo de vida saludable, que incluya dejar de fumar, mantener una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente.

6. ****Acceso a servicios de atención médica:**** Ayudar a las mujeres a superar barreras para acceder a la atención médica, como el costo, la ubicación o el trans-

porte.

La enfermería desempeña un papel crucial en la promoción de la prevención y la detección temprana del cáncer de cérvix, contribuyendo así a la reducción de la carga de esta enfermedad en la salud de las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cáncer de cérvix es una enfermedad que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo, y desde el punto de vista de la enfermería, desempeña un papel vital en su prevención y cuidado. Los factores de riesgo, como la infección por el VPH, el tabaquismo y las prácticas sexuales de riesgo, son fundamentales para comprender cómo se desarrolla esta enfermedad y cómo se puede prevenir. Los enfermeros tienen la responsabilidad de educar a las mujeres sobre estos riesgos y promover prácticas saludables.

La educación y la concienciación son herramientas poderosas que pueden ayudar a las mujeres a comprender la importancia de someterse a pruebas de detección regulares, como el Papanicolaou y las pruebas de VPH. Además, la promoción de la vacunación contra el VPH es esencial para prevenir infecciones que pueden llevar al cáncer de cérvix. Los enfermeros pueden desempeñar un papel clave al proporcionar información precisa sobre las vacunas y ayudar a las mujeres a acceder a ellas.

La consejería sobre prácticas sexuales seguras es otro aspecto importante de la prevención, ya que las infecciones de transmisión sexual, incluido el VPH, pueden aumentar el riesgo de cáncer de cérvix. Los enfermeros pueden ofrecer orientación sobre prácticas seguras y el uso de métodos de barrera, lo que puede ayudar a reducir la exposición a factores de riesgo.

Además, los enfermeros pueden proporcionar apoyo emocional y educación a las mujeres que enfrentan decisiones relacionadas con la detección y el tratamiento del cáncer de cérvix. El proceso de toma de decisiones puede ser abrumador, y el apoyo de enfermeros capacitados puede ayudar a las pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

La promoción de estilos de vida saludables, como dejar de fumar, mantener una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente, es esencial para reducir el riesgo de cáncer de cérvix y mejorar la salud en general. Los enfermeros pueden brindar orientación y apoyo en la adopción de hábitos saludables.

Finalmente, es crucial que los enfermeros trabajen para eliminar las barreras que puedan impedir que las mujeres accedan a la atención médica, como el costo, la ubicación o el transporte. La detección temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico del cáncer de cérvix.

En resumen, desde la perspectiva de la enfermería, la prevención del cáncer de cérvix implica una combinación de educación, promoción de la vacunación, apoyo en la toma de decisiones, consejería sobre prácticas sexuales seguras, promoción de estilos de vida saludables y eliminación de barreras para el acceso a la atención médica. Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la lucha contra esta enfermedad y en la promoción de la salud de las mujeres.

6 Bibliografía

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

Capítulo 131

IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN DEL VRS EN MENORES DE 24 MESES PARA LA PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

MERCEDES MEGIA CAMACHO

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

1 Introducción

La clínica secundaria a la infección vírica que más frecuentemente da lugar a cuadros de sibilancias en la infancia es la bronquiolitis. El VRS (virus respiratorio sincitial) es el responsable de aproximadamente el 60-70% de todas las bronquiolitis, seguido por el RV (rinovirus), HBoV (bocavirus humano), HAdV (adenovirus) y HMPV (metapneumovirus). Estos virus afectan a las vías respiratorias inferiores y cursa fundamentalmente con una clínica de obstrucción e inflamación de los bronquiolos terminales tras un periodo catarral previo. El VRS constituye la causa más frecuente de patología respiratoria y hospitalización en menores de 1 año, siendo más del 80% menores de 6 meses.

La infección por VRS tiene como clínica principal taquipneas, disnea respiratoria con sibilancias e hipoxia con SATO₂ < 94%. Radiográficamente, se puede observar una hiperinsuflación en tórax en ausencia de sibilancias. La sintomatología clínica asociada al VRS se basa fundamentalmente en congestión nasal, fiebre, tos, aleteo nasal, disnea, tiraje y dificultad para llevar a cabo la alimentación por boca. Incluso se ha demostrado científicamente que hasta un 10% de los menores ingresados desarrollan apneas, siendo una de las primeras manifestaciones clínicas de la bronquiolitis.

Como factor de riesgo para las apneas se encuentran los RN prematuros por debajo de 35SG, lactantes con displasia broncopulmonar, lactantes con cardiopatía congénita y alteración hemodinámica, lactantes onco-hematológicos con tratamiento con inmunosupresores graves, lactantes con inmunodeficiencias primarias, lactantes con VIH positivo, lactantes con trastornos congénitos metabólicos, lactantes con enfermedades neuromusculares, pulmonares o malformaciones de las vías respiratorias, lactantes con síndromes genéticos y lactantes en tratamiento paliativo.

2 Objetivos

- Conocer la gravedad de las bronquiolitis en la población infantil menor de 24 meses.
- Presentar conocimientos pertinentes sobre el tratamiento preventivo de las bronquiolitis con Nirsevimab.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos, revistas y libros con evidencia científica, tanto en inglés como en español, disponible en bases de datos como PubMed, Cochrane, Dialnet, Google Académico, revistas sanitarias especializadas y libros de referencia con evidencia científica. Se han utilizado términos de búsqueda relacionados con “vacuna”, “bronquiolitis” y “VRS”, “nirsevimab”, “anticuerpo monoclonal”.

Tras la búsqueda, se seleccionaron artículos relevantes para dicho estudio donde se aborda de manera específica la importancia en la prevención de la bronquiolitis con la vacunación con Nirsevimab frente a VRS y la gravedad que tiene la bronquiolitis por VRS en menores de 24 meses.

4 Resultados

Nirsevimab se trata de un anticuerpo monoclonal que actúa frente a la infección por VRS (Virus Respiratorio Sincitial) bloqueando la entrada viral, afección que ataca fundamentalmente en época invernal a la población de riesgo citada anteriormente y lactantes menores de 24 meses. Otro anticuerpo monoclonal de gran utilidad clínica es el Palivizumab. Sin embargo, Nirsevimab ha demostrado tener una potencia de hasta 100 veces más afín *in vitro* que Palivizumab.

Nirsevimab se conoce bajo el nombre comercial de Beyfortus, y existen dos tipos de preparados: jeringa de 50 mg indicado para lactantes con un peso inferior a 5 kg en el momento de su administración, y jeringas de 100 mg para los lactantes que pesen más de 5 kg. Se debe administrar una dosis única antes de la temporada de VRS, o en caso de lactantes nacidos durante la temporada de VRS, administrar en el nacimiento.

Es de vital importancia conocer la coadministración con otras vacunas, ya que como el mecanismo de acción de Nirsevimab es neutralizar de manera específica VRS no se esperan interferencias con la respuesta del sistema inmunitario ante la administración de otras vacunas, por lo que es seguro administrar al mismo tiempo esta vacuna con otras pertenecientes al calendario de vacunación vigente siempre y cuando sea en sitios anatómicos distintos.

Entre las ventajas de la vacunación con Nirsevimab se encuentra la reducción de costes, ya que como de este anticuerpo monoclonal se necesita una dosis y de Palivizumab cinco dosis, respecto a la situación actual se ahorrarían costes; también posee mejor posología al precisar una sola dosis por temporada de VRS y disminuye la asistencia a centros sanitarios al tener que administrarse una sola dosis en vez de las cinco dosis de palivizumab.

Para la administración de Nirsevimab se han propuesto tres estrategias a nivel de salud pública, las cuales todas cuentan con pros y contras: la administración, la población infantil de alto riesgo de contraer VRS, la administración a menores de 6 meses o la administración a la población menor de 12 meses, ambas al inicio o durante la época de VRS. Una consideración es la administración hospitalaria, en centros de atención primaria o en ambos lugares. Lo más importante a destacar es que en cualquiera de los tres posibles casos ha de administrarse cuanto antes tras el nacimiento, ya que incrementa la gravedad de esta patología cuanto menor edad tiene el lactante.

5 Discusión-Conclusión

Anualmente, el 10% de toda la población menor de 1 año sufren bronquiolitis lo que supone una gran sobrecarga asistencial en los servicios sanitarios como atención primaria, urgencias e incluso UCI, ya que un 1-2% tienen una gravedad considerable como para necesitar ingreso hospitalario y de estas, el 10% precisan unos cuidados más exhaustivos y son ingresados en UCIP (Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas).

La coadministración de Nirsevimab con otras vacunas del calendario vacunal como puede ser la hexavalente, neumococo, meningococo B, C y ACWY, triple vírica, antigripales, covid-19 y la vacuna frente al rotavirus oral es segura siempre que se utilicen localizaciones anatómicas diferentes. Además, los anticuerpos generados tras la administración con Nirsevimab tienen una duración de 5 meses, por lo que con una sola dosis por temporada de otoño-invierno es suficiente siempre y cuando se tenga el consentimiento, libre e informado, de los progenitores, ya que se trata de una administración altamente recomendada pero no obligatoria.

Actualmente, hay un gran desconocimiento en los progenitores sobre el VRS, la gravedad que puede causar y el importante porcentaje de menores de 1 año afectados por este virus. Asimismo, también hay una brecha en el conocimiento entre el personal sanitario, aun con el papel fundamental que recae en ellos en cuanto a la implantación de las nuevas recomendaciones en el calendario de inmunización, además de ser la fuente de información que mayor confianza para el resto de la población.

Por ello, es de vital importancia desarrollar estrategias de educación e información sobre VRS y su actual prevención con anticuerpos monoclonales (Nirsevimab) para ayudar a la población a tomar iniciativa en la prevención y ayudar a suplir esa desconfianza que genera en los progenitores incluir un anticuerpo monoclonal de alta eficacia en el calendario vacunal de los menores.

6 Bibliografía

1. Graham BS. The journey to RSV vaccines - heralding an era of structure-based design. *N Engl J Med.* 2023;388(7):579-81.
2. Mazur NI, Löwensteyn YN, Willemsen JE, et al. Global respiratory syncytial virus-related infant community deaths. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc*

Am. 2021;73(Suppl 3):S229-37.

3. Young M, Smitherman L. Socioeconomic impact of RSV hospitalization. *Infect Dis Ther.* 2021;10(Suppl 1):35-45.

4. Kim HW, Canchola JG, Brandt CD, et al. Respiratory syncytial virus disease in infants despite prior administration of antigenic inactivated vaccine. *Am J Epidemiol.* 1969;89(4):422-34.

5. Chin J, Magoffin RL, Shearer LA, et al. Field evaluation of a respiratory syncytial virus vaccine and a trivalent parainfluenza virus vaccine in a pediatric population. *Am J Epidemiol.* 1969;89(4):449-63.

6. Scotta MC, Stein RT. Current strategies and perspectives for active and passive immunization against Respiratory Syncytial Virus in childhood. *J Pediatr (Rio J).* 2023;99:S4-11.

7. Modjarrad K, Giersing B, Kaslow DC, et al. WHO consultation on respiratory syncytial virus vaccine development report from a World Health Organization meeting held on 23-24 March 2015. *Vaccine.* 2016;34(2):190-7.

8. European Medicines Agency (EMA). Product Information Beyfortus® (nirsevimab). [consultado 1 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/beyfortus-eparproduct-information_es.pdf

9. Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI). Respiratory syncytial virus (RSV) immunisation programme: JCVI advice - Independent report - 7 June 2023. [consultado 1 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/rsv-immunisation-programme-jcviadvice-7-june-2023/respiratory-syncytial-virus-rsv-immunisation-programme-jcviadvice-7-june-2023>

10. F.P. Polack, R.A. Karron. The future of respiratory syncytial virus vaccine development. *Pediatr Infect Dis J.*, 23 (2004), pp. S65-S73

11. J.H. Schickli, F. Dubovsky, R.S. Tang. Challenges in developing a pediatric RSV vaccine. *Hum Vaccin.*, 5 (2009), pp. 582-591

Capítulo 132

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA

NATALIA AMATE ESCABIAS

ALBA LÓPEZ MARTIN

LAURA VARGAS BEAMUD

BLANCA HERRERO ALCAIDE

CELIA ARROYO MOLINA

1 Introducción

La bronquiolitis se define como una infección de las vías respiratorias inferiores causada en su mayoría por el virus respiratorio sincitial (VRS), perteneciente a la familia de los Paramyxoviridae.

Los pacientes que más sufren esta patología son los lactantes durante los primeros dos años de vida y en concreto entre los meses de noviembre y febrero, suponiendo un 18% de los ingresos hospitalarios, mientras que en adultos puede tomarse como un simple catarro de invierno.

Se trata de una enfermedad muy contagiosa transmitida por secreciones respiratorias, con un periodo de incubación de entre 4 y 6 días.

Cursa en un primer momento con síntomas de vías respiratorias altas como rinitis, estornudos y tos, acompañados o no de fiebre no muy alta; a las 24-48 horas del inicio comienza la verdadera dificultad respiratoria, a la que se suma

en algunas ocasiones, en particular en menores de un mes de vida, la apnea, momento en el que los padres acuden a urgencias con su bebé y se procede a su ingreso con el fin de aliviar los síntomas.

En cuanto a la exploración física nos fijaremos en el aumento de trabajo respiratorio del menor, reflejado en taquipnea (más de 60 respiraciones por minuto) y tiraje intercostal, la saturación de oxígeno en aire ambiente en muchos casos estará disminuida (entre 90 y 95%) y notaremos cierta irritabilidad desconsolada del menor; en la entrevista con sus padres es frecuente que nos comenten que han notado disminución o incluso rechazo de la alimentación.

Se valorará a partir de escalas, como la escala SCORE, el ingreso en planta o en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos).

Como criterios de ingreso en planta destacamos como más importante la apnea, debido a las consecuencias neurológicas que la patología conlleva en caso de que esta perdure en el tiempo; además de deshidratación, inanición, hipoxemia, signos de insuficiencia respiratoria grave ya comentados anteriormente e imposibilidad para ser atendidos de una manera óptima por sus padres en el domicilio. En cuanto a ingreso en la UCIP, este procedimiento se lleva a cabo en muy pocas ocasiones en niños anteriormente sanos (alrededor de un 2%), el porcentaje aumenta considerablemente si nos referimos a niños con patologías previas o factores de riesgo tales como prematuridad; factores puramente identificativos de ingreso en UCIP son síntomas refractarios a aerosolterapia administrada en planta, frecuencia cardíaca muy baja para su edad, saturación de oxígeno por debajo de 85%, irritabilidad inconsolable por sus progenitores y el consiguiente agotamiento por parte del niño.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del personal de enfermería y su atención con la bronquitis pediátrica en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha optado por una revisión bibliográfica apoyada en referencias de varios libros y publicaciones de la asociación española de pediatría, también en la gran biblioteca de enfermería, “Enferteca”, además de en artículos, sobre todo de Pubmed, de donde hemos seleccionado los más acordes en relación con el tema del que se hace mención en este capítulo.

4 Resultados

Al hablar del tratamiento para la bronquiolitis distinguiremos medidas no farmacológicas (que se aplicarán tanto en el domicilio por sus padres en caso de no ser necesario el ingreso hospitalario como en el hospital) del propio tratamiento basado en administración de fármacos.

Centrándonos en las primeras mencionadas, una de las más importantes y que más aliviará al lactante será el lavado y aspirado de las secreciones nasales, que se hará con suero fisiológico tantas veces como se precise (si se aprecian signos de obstrucción de vías aéreas superiores) y antes de cada toma; en cuanto a la alimentación, si el menor se encuentra en su domicilio y tolera mal las tomas se le ofrecerán cantidades más pequeñas en periodos de tiempo más cortos, en caso de estar ingresado y valorar pérdidas importantes de peso se consensuará la colocación de sonda nasogástrica para alimentación enteral; por último, mantendremos la cuna con elevación de la cabecera aproximadamente unos treinta grados para facilitar la movilización de secreciones y la respiración.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se administrarán antitérmicos en caso de presentar fiebre y oxígeno mediante gafas nasales o mascarilla para mantener la saturación de oxígeno por encima de 92% (siempre que se consiga la saturación mencionada y se vea clara mejora en cuanto al patrón respiratorio se desconectará el dispositivo de oxigenoterapia para favorecer la mejora de la autonomía del lactante); no se habla del uso de ningún otro tipo de fármaco tales como antibióticos, broncodilatadores, corticoides, etc. Ya que su eficacia en esta patología no está demostrada con cifras significativas.

En el ingreso en UCIP los cuidados varían, el menor permanecerá monitorizado (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y pulsioximetría), de esta manera el control será mucho más exhaustivo y centrado; se le realizarán pruebas, tales como gasometría arterial y venosa, radiografía de tórax..., que determinen de manera objetiva la mejoría o empeoramiento clínico; se canalizarán varias vías de acceso venoso para administrar líquidos con el fin de evitar la deshidratación; la alimentación se realizará por sonda nasogástrica o vía parenteral; en cuanto al soporte respiratorio se utilizará oxigenoterapia de alto flujo con el fin de evitar la CPAP y la intubación, esta última se utilizará en caso de que se aprecie un aumento del distrés respiratorio acompañado de disminución del nivel de conciencia y apneas consecutivas a pesar de la previa utilización de CPAP o BIPAP.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis del lactante es sin duda una de las patologías más frecuentes en dichas edades y una de las que acarrea mayores consecuencias a nivel respiratorio; viene dada por síntomas variables en función de las características del menor (como es normal en edades tan tempranas) y sus antecedentes.

En líneas generales se debería asesorar a los padres, una idea sería en las clases premamá, en cuanto a la prevención y cuidados de esta enfermedad, así como de las técnicas más importantes que se llevan a cabo, tales como el lavado y aspirado nasal y la colocación de la cuna a treinta grados para favorecer la eliminación rápida de moco y la movilización de secreciones de una manera más fácil. Como remate final, fomentar la entrevista tranquila con los padres o tutores legales del menor, ya que de ahí se obtiene mucha información y es una buena manera de transmitir tranquilidad y normalidad a la patología, de forma que ellos puedan transmitírsela a su hijo a la hora de calmar su irritabilidad, que favorecerá su mejoría, hablando en términos respiratorios.

6 Bibliografía

1. Orthomyxoviridae I, Arn O, Picornaviridae R, Aren R, Adenoviridae A. INTRODUCCIÓN (Internet). Aeped.es.
2. Javier F, Orive P, López Fernández YM. Manejo de la bronquiolitis aguda en la UCIP (Internet). Aeped.es.
3. Morales Gil IM, García Piñero JM. Guía de intervención rápida en Enfermería Pediátrica. Enferteca, la gran biblioteca de enfermería

Capítulo 133

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS CONSTANTES VITALES DEL PACIENTE. FRECUENCIA RESPIRATORIA Y TENSIÓN ARTERIAL

IRENE PEÑALVER COLMENERO

YOANA ZARCO SORIANO

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

1 Introducción

La primera actuación que realizan los equipos de enfermería ante la llegada de un paciente al servicio de urgencias, o durante el ingreso de un paciente en la planta de hospitalización, es la medición de las constantes vitales para reflejarlas en un registro posteriormente. Igualmente, al inicio de cada turno, el equipo de enfermería medirá las constantes vitales de los pacientes que se encuentran a su cargo.

Se entiende como constantes vitales a aquellos indicadores basales que indican el estado de salud del paciente. La medición de las constantes vitales recoge la temperatura, la frecuencia respiratoria, el pulso y la presión arterial, aunque hay algunos autores que actualmente incluyen la valoración del dolor y la presión venosa central.

- Temperatura. Se entiende como la cantidad de calor intenso del paciente.
- Pulso/ frecuencia cardiaca. Se entiende como la onda pulsátil de la sangre, la cual es producida por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón.
- Frecuencia respiratoria. Se entiende como el número de respiraciones que realiza un ser vivo en un tiempo determinado.
- Tensión arterial. Se entiende como el resultado de la presión que ejerce la sangre al circular en las arterias y la resistencia que provoca la pared arterial sobre esta sangre.

Debe realizarse un correcto control de las constantes vitales en su conjunto puesto que estas controlan las funciones del organismo, y al medirlas en su conjunto se pueden valorar los cambios producidos que no se contemplan si se miden las constantes por separado.

2 Objetivos

- Conocer los términos que conforman las constantes vitales: temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y tensión arterial.
- Detallar las funciones del equipo de enfermería ante la medición de la frecuencia respiratoria y la tensión arterial 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

A continuación, se va a explicar la actuación del equipo de enfermería para medir las constantes vitales de la frecuencia respiratoria y la tensión arterial del

paciente y registrarlas en la gráfica.

Frecuencia respiratoria.

Actuación del equipo de enfermería.

En primer lugar, es no comunicar al paciente de que se le está midiendo la frecuencia respiratoria, ya que la tendencia del paciente es a respirar a mayor velocidad cuando se intenta respirar tranquilamente.

- Colocar la muñeca del paciente y situarla encima del tórax, de esta manera observaremos las expansiones torácicas del paciente.
- Contabilizar las expansiones torácicas realizadas durante un minuto.
- Anotar en la gráfica del paciente.

Registro en la gráfica.

La frecuencia respiratoria es registrada en la gráfica utilizando el color negro.

Tensión arterial.

Actuación del equipo de enfermería.

La primera actuación será preparar el material necesario para tomar la tensión arterial del paciente: fonendoscopio y esfigmomanómetro.

- Solicitar al paciente dependiente que se siente en una silla y se mantenga en reposo unos 5 minutos antes de tomar la tensión.
- La actuación se realizará fuera del horario de las comidas, siendo recomendable a primera hora de cada turno de trabajo para que se realice cada día, siempre en los mismos momentos del día.
- Es necesario realizar la tensión con el mismo material, observando que se encuentre calibrado adecuadamente.
- La medición del paciente dependiente se realizará sentado, mientras que la del paciente encamado se realiza acostado.
- Anotar en la gráfica del paciente.

Registro en la gráfica.

La tensión arterial es registrada en la gráfica utilizando el color verde. Aunque el color del registro en la gráfica depende también del centro sanitario, ya que hay algunos hospitales donde la tensión arterial es registrada con el color negro, mientras que la respiración es registrada con el color verde.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del equipo de enfermería en la medición y registro de las constantes vitales del paciente. Frecuencia respiratoria y tensión arterial” nos demuestra los

momentos en los que el equipo de enfermería realizará la medida de constantes a los pacientes que se encuentran a su cargo.

Es importante destacar que la medición de las constantes vitales del paciente, a pesar de ser una actividad rutinaria que se debe realizar por el equipo de enfermería en cada turno, es importantísima para comprobar el estado de salud del paciente, así como su evolución o empeoramiento. Es por ello, por lo que se deberá prestar especial atención durante su medición y registro.

6 Bibliografía

- VV.AA. Experto universitario de enfermería en cuidados paliativos avanzados y paciente terminal. Logoss
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 134

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS CONSTANTES VITALES DEL PACIENTE

YOANA ZARCO SORIANO

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

IRENE PEÑALVER COLMENERO

1 Introducción

La temperatura corporal del paciente es un gran indicador del estado de salud del mismo, puesto que ante la presencia de una alta temperatura del paciente es síntoma de que algo no funciona bien en el organismo del este. Los factores que se deben tener en cuenta durante la medición de la temperatura son los siguientes:

- Edad del paciente.
- Momento del día, siendo mayor al caer la tarde.
- El sexo del paciente.
- El estado emocional.
- El estrés que presente el paciente.

- La temperatura ambiente de la habitación del paciente.
- La alimentación.
- Los líquidos tomados por el paciente.

Aunque la medición y el registro de las constantes vitales de los pacientes es función exclusiva del equipo de enfermería a cargo del paciente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el cual formará equipo en cada turno laboral podrá asistir al enfermero en la toma de constantes del paciente. Será función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- Colocar al paciente que se encuentre encamado en la posición anatómica determinada por el enfermero, con ayuda del celador. Esta actuación es muy importante para que el registro de las constantes sea lo más preciso posible.
- Sujetar al paciente inquieto durante la toma de las constantes vitales.
- Tomar la temperatura del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones auxiliares de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la toma de constantes del paciente encamado.
- Detallar las funciones del equipo de enfermería ante la medición de la frecuencia cardíaca y la temperatura 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

La primera actuación que debe realizar el equipo de enfermería con el paciente al inicio de cada turno es la toma de las constantes vitales. Se considera constantes vitales al conjunto de cuatro elementos: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.

A continuación, se va a explicar la actuación del equipo de enfermería en la medición de la temperatura y la frecuencia cardíaca del paciente.

Temperatura.

Actuación del equipo de enfermería.

La temperatura es el único elemento de las constantes vitales que no será medido por el equipo de enfermería, puesto que es función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería tomar la temperatura, así como la de registrarlo en la historia clínica del paciente.

Si el técnico en cuidados auxiliares de enfermería nota cualquier anomalía en el paciente, deberá comunicarlo inmediatamente al enfermero responsable del paciente para que este realice la actuación más adecuada para el paciente.

- El equipo de enfermería lo anotará en la gráfica del paciente.

Registro en la gráfica.

La temperatura es registrada en la gráfica utilizando el color rojo.

Pulso/ Frecuencia cardiaca.

Actuación del equipo de enfermería.

- Solicitar al paciente dependiente que se siente y que coloque el brazo de manera extendida y que lo relaje.

- Si el paciente se encuentra encamado, colocarlo en la posición de fowler y posicionar el brazo extendido a lo largo de su cuerpo.

- Coger la muñeca del paciente con los dedos índice, medio y anular y comprimir la arteria radial, presionándola ligeramente hasta el hueso.

- La toma del pulso nunca será realizada con el dedo pulgar del enfermero, puesto que este dedo tiene su propio pulso e interfiere con el pulso del paciente.

- Medir la frecuencia durante 30 segundos y multiplicar el número de pulsaciones por dos, en el caso de que el pulso sea rítmico.

- En el caso en el que el pulso sea arrítmico se tomará durante un minuto.

- Anotar en la gráfica del paciente.

Registro en la gráfica.

El pulso es registrado en la gráfica utilizando el color azul.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del equipo de enfermería en la medición y registro de las constantes vitales del paciente. La temperatura y la frecuencia cardiaca” nos demuestra la actuación desarrollada por el equipo de enfermería a cargo de cada paciente durante la medición de las constantes vitales en cada turno.

Al igual que ocurre con la medición de la frecuencia respiratoria y la tensión arterial del paciente, el equipo de enfermería deberá prestar especial atención a cualquier síntoma anómalo presentado en las gráficas del paciente, especialmente en aquellos pacientes que se encuentran monitorizados, puesto que su evolución o empeoramiento dependerá de una rápida actuación del equipo médico avisado por el equipo de enfermería.

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 135

ARTRITIS REUMATOIDE

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria autoinmune, poliarticular, de etiología desconocida y crónica que afecta más al sexo femenino y cuya edad de aparición suele estar comprendida entre la tercera y la quinta década de la vida.

Se cree que el origen de esta enfermedad puede ser infeccioso o genético. El factor medioambiental con el que se relaciona estrechamente esta enfermedad es el tabaco, ya que hay estudios que confirman que los fumadores presentan más riesgo de sufrir artritis reumatoide. Las últimas investigaciones indican que el tabaco retrasa la consolidación, altera la densidad ósea y la función osteoblástica. El órgano diana de la artritis reumatoide es la membrana sinovial y se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posibilidad de compromiso sistémico extraarticular en cualquier momento de su evolución. La inflamación de la membrana sinovial genera un crecimiento del tejido de granulación que va destruyendo el cartilago articular y que acaba afectando al hueso subcondral. En consecuencia, la articulación se edematiza y

se infiltra de células mononucleares que liberan una sustancia que provoca la inflamación, apareciendo un deterioro paulatino que finaliza en una deformidad articular y en una incapacidad funcional.

Hay que resaltar que los medicamentos novedosos han mejorado las opciones de tratamiento, pero que todavía la artritis reumatoide grave, causa discapacidades físicas. Los pacientes con esta enfermedad deben modificar sus hábitos de vida para adaptarse a su enfermedad y al tratamiento y nosotros como profesionales sanitarios debemos acompañarle en el proceso.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales características de la artritis reumatoide; causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento.
- Resaltar la importancia del manejo a través de un equipo multidisciplinar y la importancia de la investigación para la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha realizado una investigación consistente en 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: Pubmed, Medline, y Scielo, escogiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2010. Se han contrastado artículos en idioma inglés y español. Palabras clave: artritis, artritis reumatoide, artropatías inflamatorias.

4 Resultados

Como es una enfermedad multiorgánica, se ven afectadas diferentes estructuras corporales.

A nivel articular, las más afectadas son las diartrosis periféricas, más concretamente las de la mano, incluyendo sobre todo las interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y muñecas. La afectación siempre es simétrica y bilateral. Se manifiesta generalmente por dolor, tumefacción y dificultad o rigidez de movimientos. Aparecen también síntomas generales como malestar, cansancio,

febrícula, pérdida de peso e inapetencia que preceden las manifestaciones articulares, siendo la rigidez articular matutina el síntoma inicial más frecuente, suele ser generalizada, más intensa al levantarse y con una duración mayor de media hora. Cuando la enfermedad va evolucionando pueden ir apareciendo nódulos reumatoideos subcutáneos que deforman e inmovilizan las articulaciones, ligamentos y tendones. En casos avanzados de la artritis reumatoide, se han descrito casos de pulmón reumatoideo también conocido como (síndrome de Caplan).

Entre las manifestaciones extraarticulares, una vez que ya está establecida la enfermedad, destacan la sequedad de la piel y mucosa (síndrome de Sjogren), vasculitis, lesiones a nivel nervioso, úlceras, afectación pulmonar, etc.

El diagnóstico se realiza a través de radiografías (aparece desplazamiento del hueso, erosiones óseas, osteopenia y disminución del espacio articular), analítica de sangre (con aumento del factor reumatoide) y artrocentesis (se drena el líquido sinovial y se analiza).

El tratamiento es escalonado, de forma que se irá avanzando en cuanto el tratamiento anterior deje de cumplir su función.

El tratamiento farmacológico depende de la respuesta terapéutica del paciente y de la evolución individual de la enfermedad. Se utilizan escalonadamente antiinflamatorios no esteroideos (AINE), esteroides, sales de oro, sulfasalacina e inmunosupresores (metotrexato)

También hay que tener en cuenta las medidas no farmacológicas:

- Guardar un periodo de reposo diurno, además de las 8-10 horas de descanso nocturno y aplicar calor húmedo al levantarse puede ser efectivo para aliviar la rigidez crónica.
- Mantener una correcta alineación corporal adoptando posiciones de extensión y evitando las de flexión.
- Descanso en periodos de exacerbación.
- Puede ser útil la aplicación de frío local.
- Dieta: se recomienda el consumo de grasas poliinsaturadas para disminuir la actividad inflamatoria y disminuir el sobrepeso.
- Ejercicios isométricos e isotónicos de fortalecimiento para evitar el anquilosamiento articular y también ejercicios de amplitud de movimiento o de elasticidad.

5 Discusión-Conclusión

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune que en la actualidad afecta a una parte importante de la población española, es por eso que el conocimiento

de la enfermedad, la atención temprana, el seguimiento, el cuidado de los pacientes y la sensibilización en la sociedad cobran especial importancia. Debido a que es un padecimiento crónico es importante identificarla a tiempo para iniciar un tratamiento adecuado que evite complicaciones tempranas. La diversidad de síntomas, el desconocimiento de su causa y el gran impacto tanto físico como psicológico observado tanto en el paciente como en su entorno familiar, han sido los motivos principales para llevar a cabo de esta revisión bibliográfica.

6 Bibliografía

1. Castañeda S. et al. Diferencias en el manejo de la artritis reumatoide precoz y establecida. *Reumatol Clin.*2011;7(3):172-178.
2. Villaverde G.,Balsa C. ¿El control precoz de la artritis reumatoide augura un mejor pronóstico a largo plazo? *Reumatol Clin.*2010;6(2),IO6-Í 10.
3. Tercero G., Olalla H. Artritis Reumatoide. *Clínica y Arsenal Farmacoterapéutico.* OFFARM. vol 29 núm 4 Julio-Agosto 2010.
4. Scott,Wolfe. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376: 1094–1108.

Capítulo 136

LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA Y LAS FUNCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

JULIA NAVALON TARRAGA

ALBORADA TORRES MONTERO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

1 Introducción

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

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

Aunque las complicaciones graves son poco frecuentes (mortalidad menor del

1%), es un procedimiento que debe realizarse en una sala de reanimación con unos requerimientos de material mínimos y realizado por personal entrenado. La enfermera tiene un papel importante en la vigilancia y administración de cuidados durante la técnica.

Las indicaciones de la cardioversión urgente son las siguientes:

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

Las contraindicaciones son:

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

En los casos antes descritos con necesidad de realizar una cardioversión eléctrica urgente, se llevará a cabo en la sala de pacientes críticos de la unidad. La enfermera que colabora en esta técnica debe conocer y llevar a cabo los siguientes cuidados de una forma organizada y sistematizada:

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 137

ENFERMERÍA EN LAS MANIOBRAS BÁSICAS DE MANEJO DE VÍA AÉREA

JULIA NAVALON TARRAGA

ALBORADA TORRES MONTERO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

1 Introducción

Tanto en el ámbito laboral de nuestra profesión sanitaria, como fuera de él nos pueden ocurrir situaciones en las que la vida de una persona está en nuestras manos y que solo realizando únicamente las medidas adecuadas de forma correcta podríamos ayudar, salvar o ganar tiempo, en el siguiente capítulo hablaremos de lo elemental que es la permeabilidad de la vía aérea y como es imprescindible su apertura en varias situaciones críticas en las que el paciente por sí solo no podría mantenerla abierta, llevándole a la muerte.

El sistema respiratorio provee oxígeno a todos los órganos a través de la respiración. Esto es posible gracias a varios procesos fisiológicos como el intercambio gaseoso que ocurren a nivel alveolar en el pulmón, pero es necesario que le llegue a él para trabajar, aquí es donde actúa la vía aérea, que es la zona anatómica por donde discurre el aire con oxígeno desde el ambiente hasta los bronquios y bronquiolos.

Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y mantener la oxigenación del paciente cuando es necesario, es indispensable para minimizar la lesión tisular y mejorar la probabilidad de un buen resultado en la atención a nuestros pacientes, sin embargo aunque sean maniobras básicas las habilidades para lograrlo siempre deben conseguirse con entrenamiento práctico.

2 Objetivos

Repasar de forma esquemática y concisa las maniobras básicas de manejo de la vía aérea en urgencias, explicando los cuidados de enfermería.

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

De forma esquemática y conceptual se pueden desglosar cada una de las maniobras que mantendrán la vía aérea permeable en el paciente inconsciente o en situación de parada cardiorrespiratoria. Dividiremos en manejo manual y simple: manual donde solo usaremos nuestras manos y simple donde es posible usar dispositivos.

Maniobras manuales.

1. Maniobra Frente Mentón.

Es la técnica usada habitualmente en pacientes en situación de parada cardiorrespiratoria o pérdida de consciencia, pero nunca en los pacientes politraumatizados o cuando se sospeche una lesión cervical.

Para realizarla el reanimador usa las dos manos para extender el cuello del paciente, con una mano empuja la frente del paciente hacia atrás y con los dedos índice y medio de la otra mano levanta la mandíbula y el mentón, mejorando la permeabilidad de las vías aéreas al levantar la lengua de la faringe posterior.

2. Maniobra de Tracción Mandibular.

En esta maniobra hay que abrir la vía aérea sin movilizar la columna cervical, y se usa en pacientes politraumatizados. Este debe estar en decúbito supino, el reanimador desde el cabecero coloca ambas bases de las manos a los lados de la cabeza del paciente, en la zona parietooccipital, dirigiendo las puntas de los dedos apuntando hacia los pies del paciente, y sujetando y elevando a la vez la mandíbula para desplazarla anteriormente.

Maniobras simples.

Las maniobras simples o con dispositivos, tienen como objetivo mantener la vía aérea abierta. Los dispositivos más importantes para lograr este objetivo son las cánulas orofaríngeas y las cánulas nasofaríngeas, ambos evitarán que se obstruya la vía aérea por la lengua, y facilitarán la ventilación con bolsa-mascarilla en todos los casos.

1. Cánula orofaríngea. Indicada cuando el paciente es incapaz de mantener la vía aérea permeable porque están inconscientes y no responden, se puede introducir de forma directa o indirecta. Está diseñada para mantener la lengua del paciente desplazada hacia adelante, fuera de la faringe. La cánula es tubo curvo y firme, con un conducto interno que permite la circulación de aire desde la boca hasta la glotis.

Existen varios tamaños, por lo que antes de elegir la que le corresponde a nuestros pacientes hay que medirla, se hace colocando la cánula al lado de la cabeza del paciente, orientando la parte de la boca de la cánula hacia la boca del paciente y la punta hacia el ángulo de la mandíbula, hasta aquí es donde tiene que llegar para afirmar que es el tamaño correcto para el paciente.

Luego hay que insertarla, para evitar empujar la lengua hacia la parte posterior y causar obstrucción hay comenzar poniendo la curva invertida, con la punta de la cánula hacia arriba, posteriormente mientras se va introduciendo se hace un giro de 180° hasta que llegue a la faringe posterior.

En resumen:

Medida correcta para cada paciente.

Cánula de forma invertida, con la punta hacia arriba.

Girándola progresivamente hasta llegar a 180° y que la curva esté en la forma de la vía aérea, con la punta hacia abajo.

Recordar que nunca debe ponerse en pacientes que protegen su vía aérea o conscientes porque puede producir vómitos y aspiración.

2. Cánula nasofaríngea.

Esta cánula es un tubo hueco que se pasa a través de la nariz hasta la glotis, también viene en varios tamaños, por lo que igualmente debemos elegir la que le corresponde a nuestros pacientes, para eso hay que medirla, poniéndola de forma

paralela a un lado de la cabeza del paciente, la parte más gruesa de la cánula se coloca a nivel de la nariz y la punta hacia el ángulo de la medida, hasta donde la cánula correcta para el paciente debería de llegar.

Después de medir, hay que lubricar la cánula, para posteriormente introducirla suavemente a lo largo del piso de la nariz en la faringe posterior detrás de la lengua. Se puede girar un poco para disminuir la resistencia al progresarla.

Recordar que se desaconseja su uso en pacientes que tengan sospecha de fractura de base de cráneo. También que, en al menos en un 30% de los casos pueden haber sangrado, causando aspiración de sangre o coágulos.

5 Discusión-Conclusión

La permeabilidad de la vía aérea es elemental para mantener al paciente con vida, sin ella todos los demás esfuerzos no servirán de nada. Es nuestro deber estar siempre actualizados y realizar entrenamientos continuos ayudan a mejorar la práctica clínica y la supervivencia de nuestros pacientes.

Aunque es imprescindible conocer las técnicas para realizarlas correctamente, además debemos comprender cómo funciona lo que hacemos en la anatomía del paciente, para así entender la importancia de las maniobras y saber cómo adaptarnos a las diversas situaciones que se nos puedan presentar.

Finalmente recordar que aunque sean maniobras básicas requieren de formación adecuada para poder realizarlas de forma correcta.

6 Bibliografía

1. Kathleen A Wittels, MD. Basic airway management in adults. Uptodate. 2019.
2. Soporte Vital de Trauma Prehospitalario.
3. Guildner CW. Resuscitation—opening the airway. A comparative study of techniques for opening an airway obstructed by the tongue. JACEP 1976; 5:588.
4. Uzun L, Ugur MB, Altunkaya H, et al. Effectiveness of the jaw-thrust maneuver in opening the airway: a flexible fiberoptic endoscopic study. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 2005; 67:39.
5. Stoneham MD. The nasopharyngeal airway. Assessment of position by fibre-optic laryngoscopy. Anaesthesia 1993; 48:575.

Capítulo 138

RITMOS DESFIBRILABLES Y NO DESFIBRILABLES EN URGENCIAS: UN ENFOQUE INTEGRAL DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

JULIA NAVALON TARRAGA

ALBORADA TORRES MONTERO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

1 Introducción

Los ritmos cardíacos desfibrilables y no desfibrilables son situaciones comunes que se encuentran los profesionales de enfermería en los servicios de urgencias. La identificación precoz y el tratamiento adecuado de estos ritmos son pilares fundamentales a la hora de mejorar los resultados de los pacientes y así reducir su morbimortalidad. En este artículo, se revisan los ritmos desfibrilables (fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso) y los no desfibrilables (asistolia y actividad eléctrica sin pulso) y además se discutirán las intervenciones de enfermería, así como el manejo para cada uno de estos ritmos, donde se incluyen la desfibrilación, administración de medicamentos y la monitorización continua.

Destacaremos también la importancia por parte de la enfermería de una adecuada formación y actualización de conocimientos en estas situaciones de patología cardíaca, así como la actuación precoz para la mejora de la supervivencia de los pacientes que las sufren. Para ello se deberá formar una base teórica y práctica para actuar conforme a una seguridad y principios claros, así como una profesionalidad que destaque por nuestros conocimientos y ejecuciones. Según la bibliografía existente, estos factores descritos anteriormente son pilares fundamentales para el tratamiento de este tipo de arritmias y debería ser base para trabajar en cualquier servicio de urgencias.

2 Objetivos

Los objetivos de la siguiente revisión son:

- Establecer pautas de adecuada actuación en ritmos desfibrilables y no desfibrilables según la bibliografía más reciente.
- Destacar la importancia de un equipo de enfermería formado y actualizado para mejorar la supervivencia de los pacientes con estas patologías

3 Metodología

Este artículo es una revisión bibliográfica de literatura científica disponible en bases de datos electrónicas, donde se incluyen PubMed y CINAHL. Se escogieron artículos y guías de práctica clínica publicados en los últimos diez años que hablaran de ritmos desfibrilables y no desfibrilables en servicios de urgencias y las intervenciones de enfermería. Se incluyeron artículos en inglés y aquellos que suponen evidencia interesante y relevante para la práctica clínica diaria.

4 Resultados

1. Tasa de éxito de la desfibrilación en los ritmos desfibrilables:

La desfibrilación precoz es el pilar básico para volver a un ritmo sinusal en la fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP). Hay varios estudios que han investigado la tasa de éxito de la desfibrilación y su relación con la supervivencia.

Herlitz et al. (2) llevaron a cabo un estudio en Suecia para identificar los factores asociados con una mayor tasa de supervivencia en pacientes en paro cardíaco

extrahospitalario. Entre estos resultados, se demostró que la supervivencia aumentó significativamente. De esta manera se respalda la importancia de una intervención rápida y adecuada en los ritmos desfibrilables.

Merchan et al. (3) llevaron a cabo una investigación donde se valoró la supervivencia después de un paro cardíaco en diferentes hospitales y sugirieron que el uso de los protocolos y estrategias para la desfibrilación precoz podrían mejorar los resultados. Este estudio demuestra la importancia de un equipo de enfermería capacitado y preparado para desfibrilar en el ritmo adecuado.

Los dos estudios anteriores respaldan la importancia de la desfibrilación temprana en los ritmos desfibrilables, ya que suponen una mejora en las tasas de supervivencias de los pacientes. Además, destaca la importancia de que los profesionales de enfermería sepan actuar gracias a sus conocimientos, técnicas e intervenciones, y que estas estén actualizadas según los últimos protocolos del servicio de urgencias.

2. Reanimación cardiopulmonar (RCP) en ritmos no desfibrilables:

La asistolia y la actividad eléctrica sin pulso son ritmos no desfibrilables cuyo único tratamiento es la RCP, junto con la administración de medicación y la ventilación mecánica no invasiva.

Link et al. (4) publicaron las directrices de la American Heart Association (AHA) para la RCP en adultos. Se encuentran recomendaciones basadas en evidencias actualizadas sobre el manejo de los ritmos no desfibrilables. Subrayan la importancia de unas compresiones torácicas y una ventilación efectivas para mantener la oxigenación. Se destaca también que la administración de medicación como la adrenalina, mejora la perfusión coronaria.

Neumar et al. (5) también publicaron un resumen de las directrices de la AHA para la RCP y la atención cardiovascular de emergencia. Estas directrices destacan la importancia de las intervenciones coordinadas en este tipo de ritmos, donde se incluyen la corrección de causas reversibles, las compresiones torácicas y la optimización de la ventilación.

Ambos estudios apoyan la necesidad de intervenciones de RCP efectivas en los casos de ritmos no desfibrilables. Los profesionales de enfermería son indispensables a la hora de ejecutar estas intervenciones, dando una atención de calidad y siguiendo unas pautas siempre actualizadas y protocolizadas.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la revisión de los artículos científicos anteriores, obtenemos una visión global más completa y aplicable a cuidados y práctica diaria de enfermería. A con-

tinuación, se exponen los puntos clave de la discusión así como las conclusiones obtenidas de la revisión.

En primer lugar, se pudo observar que la desfibrilación precoz en la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso (ambos ritmos desfibrilables) tiene una repercusión importante en la supervivencia de los pacientes. Los estudios anteriormente revisados (Herlitz et al. y Merchant et al.) consensuaron la gran importancia de una actitud y una intervención rápida y efectiva a la hora de mejorar la supervivencia. De todo lo anterior, se deduce que los profesionales de enfermería deben estar preparados y formados para actuar lo más precozmente posible.

En segundo lugar, y refiriéndonos a los ritmos no desfibrilables (asistolia y actividad eléctrica sin pulso) se observó que la mejor intervención sería a la RCP.

Siguiendo las pautas de la AHA (citada en los artículos de Link et al. y Neumar et al.), la importancia reside en las compresiones torácicas efectivas y la administración adecuada de medicación (adrenalina). Según los resultados, es de vital importancia la responsabilidad enfermera, así como las intervenciones coordinadas en situaciones de urgencia.

De todo esto también se puede destacar la importancia de la actualización de conocimientos a las últimas evidencias y guías de práctica clínica por parte de los profesionales de enfermería. Es vital una formación en reanimación cardiopulmonar para asegurar una respuesta adecuada y eficaz y así optimizar los mejores resultados para el paciente.

Otro aspecto a destacar en la colaboración interdisciplinaria entre médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios para asegurar una atención de calidad. En conclusión, los resultados respaldan la necesidad de una respuesta rápida y coordinada para mejorar las tasas de supervivencia de los pacientes. Debemos tener en cuenta que las revisiones teóricas cambian en función de la realidad diaria del servicio de urgencias y su aplicabilidad puede variar dependiendo del contexto clínico y las características personales de cada paciente.

6 Bibliografía

1. Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van de Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet*. 383 (9931), 1824-1830.
2. Herlitz, J., Engdahl, J., Svensson, L., Angquist, K.A., & Young, M. (2000). Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from

an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *American Heart Journal*, 139 (4), 840-847.

3. Merchant, R.M., Berg, R.A., Yang, L., Groenveld, P.W., Chan, P.S., ...& Abella, B.S. (2009). Hospital variation in survival after in-hospital cardiac arrest. *Journal of the American Medical Association*, 302(12), 1349-1357.

4. Link, M.S., Berkow, L.C., Kundenchunk, P.J., Halperin, H.R., Hess, E.P., Moitra, V.K., ...& Morrison, L.J. (2015). Part 7: Adult advanced cardiovascular life support: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132 (18 suppl 2), S444-S464.

5. Neumar, R.W., Shuster, M., Callaway, C.W., Gent, L.M., Atkins, D.L., Bhanji, F., ... & de Caen, A.R. (2015). Part 1: Executive summary: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132, S315-S3.

Capítulo 139

CASO CLÍNICO DE PREECLAMPSIA POSTPARTO

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

JULIA GARRIDO PÉREZ

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

MARÍA MORA CORRAL

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

1 Introducción

La preeclampsia es una complicación que en la mayoría de los casos se origina durante el embarazo. Es una complicación que se puede originar a partir de la semana 20 o en las dos semanas después del parto. Está considerada una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad perinatal. Los signos más comunes son una tensión arterial elevada, por encima de 140/90 en dos o más tomas, con 6 horas de diferencia. También se caracteriza porque puede llegar a afectar a otros órganos como los riñones o el hígado, provocando por ejemplo proteinuria que podemos ver gracias a los valores analíticos. Otros de los signos y síntomas más comunes son cefalea intensa y prolongada, mareos, visión borrosa y acúfenos. Las complicaciones pueden ser bastante severas, ya que la afección es asintomática y cuando comienza a dar síntomas se convierte en una complicación con mayor gravedad, entre las complicaciones más comunes se encuentran edema

agudo de pulmón, proteinuria mayor a 5g en 24h, dolor abdominal intenso, oliguria < 500ml en 24h y trombocitopenia < 100.000. En nuestro caso clínico se describe una complicación, llamada síndrome de Hellp. Es una complicación con mayor gravedad con los signos y síntomas iguales a la preeclampsia que para diferenciarla debemos realizar una analítica sanguínea y ver la cantidad de plaquetas, transaminasas, bilirrubina y análisis de la orina también.

2 Objetivos

Estudiar el papel de enfermería en la preeclampsia y establecer un plan de cuidados enfermero.

Identificar los signos y síntomas de esta complicación postparto.

3 Caso clínico

Mujer de 38 años, primípara con parto cesárea por una desproporción pélvico-cefálica. SGB negativo, rubeola inmune y grupo sanguíneo 0+.

A su llegada a planta consciente y orientada. TA 148/95 y cefalea intensa. Se avisa a médico al cargo que pide extracción de analítica sanguínea completa. Tras 4 horas continúa con HTA y cefalea con visión borrosa añadida.

Antecedentes de la paciente:

- No alergias medicamentosas conocidas
- No antecedentes personales de interés
- No hay registro de episodios de hipertensión durante el embarazo.

No hábitos tóxicos

Antecedentes obstétricos:

- 2 abortos, 2 fallos de implantación
- Actual 5º fecundación in vitro, con gametos propios.

Exploración física:

- TA 148/95 mmHg

- FC 84 lpm
 - Temperatura 36,3 °C
 - SV permeable, orina hematúrica. 250 ml a su llegada a planta.
 - MMII edematizados.
 - Apósito quirúrgico limpio. Herida con buen aspecto.
- Pruebas complementarias:

En la analítica sanguínea y de orina realizada a su llegada a planta encontramos los siguientes resultados significativos:

- Hemoglobina 12,4
- Hematocrito 36,9
- Plaquetas 97.000
- Leucocitos 13.000
- Ácido úrico 6 mg/dl
- LDH 263 U/L
- Orina de 24h: proteínas 450 mg/24h

A la vista de los resultados analíticos y tras la recogida también por orden médica de un cociente de proteína/creatinina con un valor de 745 se establece un juicio clínico de preeclampsia postparto y se pasa a realizar un estudio de síndrome de Hellp debido a los valores elevados de trombocitopenia.

Se inicia el tratamiento con Transdate 50, antihipertensivo, cada 12 horas condicionado a la tensión arterial si TA > 150/90 mmHg. También se cuantifica la diuresis por turno, ya que un signo bastante evidente de esta complicación es la oliguria. Tras varios días de ingreso y el tratamiento con Enalapril 5 mg c/12h para estabilizar los valores de tensión arterial, la recuperación de los valores de plaquetas y las enzimas hepáticas se decide dar el alta a nuestra paciente. Al alta se recomienda que acuda a su médico de atención primaria para el control de la tensión arterial. Seguir con el tratamiento farmacológico de Enalapril 5 mg c/12h, además de seguir con tratamiento de tromboprolifaxis.

4 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería es muy importante, es fundamental el conocimiento de los signos y síntomas para poder actuar de manera precoz, ya que es una afección que pone en riesgo la vida de la madre y del propio bebé.

Para poner freno a estos síntomas debemos tener claras las recomendaciones como son mantener una dieta normocalórica, disminuir el consumo de sal, realizar ejercicio físico 2-3 veces por semana en nuestra vida diaria. En el caso de que nuestra paciente se encuentre hospitalizada debemos realizar un conteo de la diuresis y realizar toma de tensión arterial 2-3 veces por turno.

En estos casos y teniendo en cuenta el cambio que supone en la vida de los padres el nacimiento de un nuevo miembro de la familia, debemos destacar que las cifras elevadas tengan un componente emocional. Por lo que debemos fomentar un estado de tranquilidad, relajado, sin voces elevadas y ningún factor externo que pueda influir.

5 Bibliografía

1. Gaitan esteban sanchez, ampudia margarita malpartida. revista medica sinergia [Internet]. editorial medica esculapio; [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/117/219>
2. Ortiz Martínez R, Rendón CA, Gallego CX, Chagüendo JE. Hipertensión/preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. abril de 2017;82(2):219-31.
3. Montero N, Soler MJ, Pascual MJ, Barrios C, Márquez E, Rodríguez E, et al. Correlación entre el cociente proteína/creatinina en orina esporádica y las proteínas en orina de 24 horas. Nefrología (Madrid). 2012;32(4):494-501.

Capítulo 140

REVISIÓN DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD POR ENFERMERÍA

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

SERGIO SANCHE ARROYO

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

ALBA PARRA MORENO

1 Introducción

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las enfermedades mentales son una de las principales causas de discapacidad, ya que afectan a más de 300 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2020). Además, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es el más frecuente de los trastornos de la personalidad.

Diversos estudios lo catalogan como un trastorno grave, (Chacón, 2015) con una alta prevalencia de suicidio (10%) (París, 2019). Este está relacionado con el desempleo, el uso extensivo de beneficios sociales, y por consiguiente un alto coste social. (Árboles T Juurlink, 2018) (Chacón, 2015).

El TLP presenta una prevalencia de entre el 1 % y el 2% de la población general. Se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interper-

sonales, la autoimagen, la afectividad, y una marcada impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Por otro lado, cabe destacar que no solo puede afectar a su ámbito laboral, sino que también lo hace en su círculo más cercano. Los familiares de pacientes con este trastorno juegan un papel vital en la evolución de estos. Es importante señalar que una persona con este trastorno afecta a todo el núcleo familiar.

La enfermería cumple un papel importante en detectar las necesidades y posibles problemas que pueda experimentar un individuo con trastorno límite de la personalidad mediante el proceso de atención de enfermería (PAE), con el fin de abordar los problemas del paciente para que dentro de los límites de su enfermedad pueda llevar una vida de calidad.

2 Objetivos

- Conocer el trastorno límite de la personalidad, sus síntomas, tratamiento y como afecta a su entorno, entre otros.
- Conocer el papel que cumple la enfermería en los cuidados de estos pacientes y sus familias.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo, en primer lugar, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas como Pubmed, Dialnet, Scielo, Science Direct, Cuiden, guías clínicas, manuales, páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud con el fin de obtener información y datos sobre el trastorno límite de la personalidad (comorbilidad, definición, tratamientos) y las intervenciones en las familias.

Se ha empleado la terminología en salud consultada en los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) combinándola con el operador booleano (AND) en los diversos recursos de búsqueda y se ha seleccionado la información más útil para el trabajo.

4 Resultados

Las primeras referencias sobre el trastorno límite de la personalidad datan del siglo XIX. En un principio, el término “Borderline”, acuñado en 1884 por Hughes hacía referencia a “personas que pasaron toda su vida de un lado a otro de la línea” (García, 2015).

En 1938, fue cuando el psiquiatra Adolph Stern introdujo la etiqueta “límite” al utilizar el término “borderline” en una publicación psicoanalítica para referirse a un grupo de pacientes que no encajaban ni en el grupo psicótico, ni en el grupo psiconeurótico, y que eran extremadamente difíciles de manejar por cualquier método psicoterapéutico. (Arjan C Videler, 2019) (Stern, 1938).

El trastorno límite o limítrofe de la personalidad (TLP), es definido por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) como “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una marcada impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos”.

En cuanto a los principales síntomas, podemos destacar el comportamiento suicida, la autolesión no suicida, el comportamiento agresivo y la reactividad emocional que se manifiestan en un contexto interpersonal (Nuria Nuñez Morales, 2019).

Además, este trastorno presenta habitualmente una comorbilidad, que a menudo se expresa en forma de otros trastornos comunes de ellos, los más habituales son los trastornos depresivos, el trastorno bipolar, el consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia nerviosa), el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por déficit de atención. También puede ser comórbido con otros trastornos de la personalidad. (Vinardell, 2013) (García B. M., 2016)

El paciente con trastorno límite, asimismo, puede tener períodos de confianza, que se alternan con períodos de desesperación absoluta, una autoimagen inestable, cambios de humor muy rápidos, un fuerte temor al abandono y rechazo, tanto reales como imaginarios, una fuerte tendencia hacia el pensamiento suicida, un comportamiento autolesivo y síntomas psicóticos transitorios (Chacón, 2015).

En general, los familiares informan de dificultades al cuidar del paciente, se sien-

ten abrumados e incapaces de gestionar la situación, llegando incluso a desarrollar estrés crónico y traumático, así como trastornos depresivos y sobrecarga. Se ha observado que la carga que experimentan los familiares de una persona diagnosticada con trastorno límite de la personalidad es mucho mayor que los diagnosticados con otros trastornos mentales. (Marcia L. Kay, 2018).

En cuanto a la etiología, este trastorno es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, qué se diferencia en sus determinantes etiológicos y en sus formas clínicas y comportamentales de presentación, no solo de un individuo a otro, sino de una etapa a otra en la evolución de un mismo paciente (Antón, 2016), (Larrosa & Urdaniz, 2003). Algunos estudios etiológicos sugieren la relación entre la estructura familiar y la predisposición de sus integrantes para desarrollarlo.

Los factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno van desde una psicopatología materna, una crianza fría, hostil o severa, hasta haber sufrido o presenciado un abuso o negligencia física o sexual, haber sufrido eventos estresantes, tener una adversidad familiar, e incluso un bajo estatus económico social.

La terapia principal para tratar los síntomas es la terapia dialéctica conductual (TDC), la cual cuenta con la mayor evidencia empírica para tratar este trastorno (Elices & Cordero, 2011), una terapia psicológica de tercera generación que sirve para tratar específicamente la inestabilidad afectiva, el trastorno de identidad, la impulsividad y las dificultades en las relaciones sociales. Esta terapia consiste en un entrenamiento en habilidades, psicoterapia individual, atención en crisis, y es llevado a cabo por un equipo coordinado de profesionales que ejercen distintas funciones. (Quinter, 2013).

Por otra parte, el tratamiento farmacológico es común durante una crisis, pese a que no haya evidencias del uso de ningún medicamento específico o combinaciones para ello. Las benzodiacepinas de vida media larga serían útiles durante una crisis, sin embargo, se debe tener en cuenta que los usuarios con este trastorno tienen riesgo de abuso. Por otro lado, los antipsicóticos de preferencia atípicos orales o inyectables, son muy utilizados, aunque actualmente se prefieren los anticomiciales del tipo de gabapentina o pregabalina para disminuir la ansiedad y actuar directamente sobre la disforia (Constanza Vera-Varela, 2019).

Uno de los principales problemas de salud pública es el suicidio, ya que el principal factor de riesgo para cometer un acto suicida es padecer una enfermedad o trastorno mental, identificándose este colectivo como el 90%-95% de los suicidios consumados (Esperanza L. Gómez-Durán, 2016)

A la hora de afrontar una situación en la que se dé un tratamiento a un paciente con este trastorno, la enfermera formará parte de un equipo multidisciplinar, encargado de realizar diversas estrategias cuyo objetivo es conseguir un tratamiento integral. Dentro de este grupo, las funciones de la enfermera son diversas, desde apoyar al paciente, hasta motivar en él el registro de sus propias conductas de manera que pueda analizarlas y gestionarlas en un futuro.

De este modo, colabora en un proceso mayor junto a otros profesionales, afectando la reestructuración cognitiva, el manejo de emociones negativas y el entrenamiento en estrategias de prevención de conductas de riesgo, así como en posibles crisis o recaídas.

Además, la enfermera ayudará a los familiares y allegados a manejar los futuros conflictos que puedan surgir en el futuro con respecto al trastorno, pudiendo llegar incluso a actuar como mediadora, o en un enfoque más psicoeducativo, ofreciendo talleres de educación para la salud (EpS) a la familia, con el fin de ofrecer los conocimientos necesarios para tratar con una persona que sufra esto y, de este modo, evitar ambientes excesivamente exigentes o críticos en los que la persona afectada por el trastorno sea más propensa a empeorar o descompensarse con más frecuencia. (García P. B., 2015) (Vanesa García Rubio, 2018).

Existen algunas experiencias que hablan sobre lo confusas y tormentosas que pueden resultar las relaciones íntimas con una persona diagnosticada con trastorno límite de la personalidad, y como ello afecta de manera significativa a sus familiares, amigos o parejas, aunque estos no sufran ningún trastorno o enfermedad mental (Marcia L. Kay, 2018). Para estos casos, la evidencia encontrada expone la posible efectividad de las intervenciones familiares para familiares de personas con este trastorno.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno límite de la personalidad con todo lo que engloba supone una repercusión tanto en la salud del que lo padece, como en su calidad de vida y la de su ambiente más cercano.

Además de las repercusiones sociales tanto a nivel económico como de problemas comunitarios, este trastorno está presente en una gran cantidad de personas y pasa habitualmente desapercibido. Es por ello que necesitamos soluciones que aborden no solo el tratamiento y seguimiento de los pacientes, sino también sus

entornos familiares y sociales.

Los programas de educación para la salud favorecen el entendimiento de este trastorno y ofrecen herramientas para la gestión de conflictos y situaciones habitualmente complicadas en personas con este trastorno, previniendo así posibles repercusiones en la salud de las personas de su entorno, así como de él mismo. Además, este tipo de intervenciones permiten reforzar el rol familiar y comunitario y la función docente por parte de Enfermería.

Teniendo en cuenta que la familia influye de manera positiva o negativa según su conocimiento y manera de afrontarlo en la recuperación del enfermo, se considera importante la implicación de esta como agente activo en el proceso de tratamiento del paciente con este trastorno.

También queda evidenciada la importancia del cuidado a los cuidadores, que a menudo olvidan su propio bienestar en son del ajeno, ya que resulta inviable realizar la labor de cuidar si no se está en una situación suficientemente estable y saludable como para realizarla.

6 Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Estados Unidos.
2. Antón, N. M. (2016). Trastornos límite de la personalidad: realidades y desafíos en su diagnóstico y manejo por consulta externa. Tesis doctoral, Universidad.
3. Árboles T Juurlink, M. T. (2018). Borderline personality symptoms and work performance: a population-based survey. BMC psychiatry, 202. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1777-9>.
4. Arjan C Videler, J. H. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. Current psychiatry reports, 51. doi:<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>.
5. Chacón, L. L. (2015). Terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad: apego, alianza terapéutica y mejora sintomática. Tesis Doctoral, Universidad Ramon Llull.
6. Constanza Vera-Varela, L. G.-G. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. Psiquiatría Biológica, 1-6. doi: 10.1016/j.psiq.2019.02.003.
7. Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 132- 152.

8. Esperanza L. Gómez-Durán, M. A.-B.-L.-I.-F. (2016). Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 31-38.
9. García, B. M. (2016). Inteligencia emocional e ira en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno límite de la personalidad. Tesis doctoral, Universidad de Murcia.
10. García, P. B. (2015). El paciente con trastorno límite de personalidad. Su manejo desde la perspectiva enfermera. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 47-55.
11. Marcia L. Kay, M. P. (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. *Curationis*, 1-9. doi: 10.4102 / curationis.v41i1.1892.
12. Nuria Nuñez Morales, M. S. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 85-98. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.10.001>.
13. OMS. (30 de enero de 2020). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
14. Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kau-nas, Lithuania)*, 223. doi:<https://doi.org/10.3390/medicina55060223>.
15. Quinter, I. d. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 45-55.
16. Stern, A. (1938). Investigación y terapia psicoanalítica en el grupo de neurosis en la frontera. *Psicoanal Q*, 467-89.
17. Vanesa García Rubio, M. D. (2018). “La Herida”, una aproximación al trastorno límite de la personalidad a través del cine. *Enfermería Integral*, 71-77.
18. Vinardell, M. F. (2013). Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.

Capítulo 141

IMPACTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL CÁNCER DE MAMA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

ANA PÉREZ PLAZA

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

GEMA MAGÁN CANO

1 Introducción

Según el Instituto Nacional del Cáncer (INC), el término cáncer hace referencia al “nombre de las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Estas células también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo y linfático” (1).

Según la Agencia Española Oncológica Médica (SEOM), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, principalmente en países occidentales como España. Los tumores malignos más recurrentes a nivel mundial son, por este orden, el de pulmón, el de mama y el colorrectal. Así, a nivel nacional, en España en 2018, supuso un total de 112.714 muertes, es decir, la cuarta parte de todas las muertes al año (2).

Como se comentaba anteriormente, el cáncer de mama es el segundo tumor maligno en afectación a nivel mundial. Según la SEOM, el cáncer de mama consiste en “la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular del tejido mamario” (3). Si bien el cáncer de mama puede aparecer en ambos sexos, predomina claramente en mujeres, donde se concentran el 99% de los casos.

Aunque la tasa de incidencia anual se mantenga relativamente baja, situada en 140 casos por cada 100.000 mujeres, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte en mujeres (3% del total), sobre todo a partir de los 50 años (4).

Las cifras epidemiológicas de este cáncer, combinada con una elevada supervivencia, generan la posibilidad de actuar favorablemente mediante el uso de diferentes tratamientos. Los tratamientos para el cáncer de mama pueden ser diversos, desde planteamientos radicales como la extirpación del tumor, o paliativos para los síntomas asociados, pudiendo el paciente recibir uno o la combinación de ambos (5).

Aparte de los tratamientos tradicionales, estas terapias se complementan con otras relacionadas con modificaciones del estilo de vida. Dentro de estas, se pueden encontrar la variación de la dieta y el aumento del ejercicio físico, siendo la falta de este último uno de los factores de riesgo que favorecen la aparición de tumores o la recaída en supervivientes (6).

La investigación ha documentado evidencias de correlación entre la exposición a diferentes factores de riesgo y la aparición de cáncer, los podemos dividir en no modificables (dependientes del sexo, genética, etc.) y los modificables (dependientes de nuestro estilo de vida). De hecho, se estima que gracias a la modificación de estos últimos, el 40% de los cánceres se podrían prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo y la prevención primaria (7).

La actividad física y/o ejercicio se encuentra dentro de estas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. El ejercicio físico se distingue por tener una estructura planificada y especializada, con una pauta de combinaciones de movimientos repetitivos en el tiempo y con el objetivo principal de mejorar aspectos de la capacidad física (8).

Los parámetros anteriores son utilizados también en los programas de entrenamiento para adaptar la intensidad del ejercicio de las pacientes con cáncer de mama. Todo ello debido especialmente a la mayor incidencia de la enfermedad en mujeres mayores, a las que se recomienda realizar ejercicios de baja intensidad (9).

Hasta la fecha se han realizado estudios pilotos y ensayos clínicos en los que se han utilizado ejercicios de diferente intensidad para mujeres con cáncer de mama. Tras la valoración de los resultados obtenidos en los estudios, se han observado cambios positivos en parámetros físicos y psicosociales tales como el aumento de consumo de oxígeno, de la fuerza muscular, la disminución de fatiga o cambios a nivel serológico (10).

En los últimos años, los resultados de las investigaciones han empezado a transferirse a programas de intervención. En esta línea, a nivel internacional, la Asociación Americana del Deporte ha desarrollado un programa que contiene, además de la frecuencia, intensidad y duración, también, el tipo de ejercicio y la progresión para las pacientes de cáncer de mama. A nivel nacional, también podemos destacar el programa diseñado por el Hospital Gregorio Marañón en colaboración con la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad Politécnica de Madrid, basado en la guía del CAMD (Colegio Americano de Medicina del Deporte) (11).

2 Objetivos

Analizar los efectos beneficiosos del ejercicio físico en pacientes en tratamiento de cáncer de mamá y en supervivientes de esta enfermedad.

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de estudios que evalúan el papel del ejercicio físico en el tratamiento y supervivencia del cáncer de mama.

Las bases de datos empleadas en la búsqueda fueron PubMed, Cochrane y Scielo. Las consultas se realizaron desde diciembre de 2019 hasta mayo de 2020. En la búsqueda, se utilizaron descriptores Mesh y términos libres como “walking”, “breast neoplasms”, “breast cancer”, “aerobic exercise”, “resistance training”, “aromatase inhibitors” y “prognosis”.

En las estrategias de búsqueda en cada base de datos, se usaron los términos de búsqueda anteriormente señalados, combinados mediante el operador booleano “AND”.

Antes de realizar la búsqueda, se establecieron unos criterios de exclusión y de inclusión que han sido aplicados en todas las bases de datos. Estos criterios han sido los siguientes:

Criterios de inclusión:

- El diseño de los estudios seleccionados correspondía a ensayos clínicos o revisiones sistemáticas.
- La muestra estaba conformada por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, ya estuvieran en tratamiento o fueran supervivientes.
- Artículos publicados en castellano o en inglés.
- Artículos que analicen el efecto del ejercicio físico en el cáncer de mama, en cualquiera de sus estadios.

Criterios de exclusión:

- Fecha de publicación de los artículos anterior a 2010.
- Artículos que estudien otros tipos de cáncer diferentes al de mama o que, estudiando este, la muestra no sea de mujeres.
- Artículos cuyo objetivo principal sea evaluar el efecto del ejercicio físico en aspectos emocionales o psicológicos.
- Intervenciones relacionadas con dieta al mismo nivel que el ejercicio físico.
- Artículos con grupos específicos de población (hispana, negra, etc.)
- Intervenciones basadas en un solo tipo de ejercicio (yoga, pilates, etc.)

Proceso de búsqueda:

La búsqueda inicial permitió identificar 1304 artículos que potencialmente podrían ser incluidos en la revisión bibliográfica. La Tabla 2 desglosa el número de artículos en función de la base de datos, incluyéndose de manera adicional las referencias identificadas a partir de la bibliografía de los estudios.

Tras la búsqueda inicial, se realizó un primer cribado a partir de la lectura de títulos y resúmenes. En este proceso se descartaron un total de 1236 referencias por no verificar los criterios de inclusión o por estar repetidos. En consecuencia, tras esta fase, el total de artículos ascendía a 68. La siguiente etapa conllevó una lectura a texto completo de estas 68 referencias, proceso que permitió descartar 57 artículos al constatarse que no se verificaban los criterios de inclusión. Como resultado, el número final de artículos seleccionados fue de 11 referencias.

Por último, los artículos fueron evaluados para averiguar la calidad de los resultados obtenidos. Se empleó la herramienta de la AATM (Agència d'Evaluació de Tecnologia Mèdica del Servei Català de la Salut) (12) para evaluar la calidad científica de los artículos, que tiene en cuenta el diseño y la calidad de la evidencia. Además, se empleó la escala CASPe, para la lectura crítica de los artículos. Esta herramienta consiste en 11 ítems, donde se evalúan la validez interna, la magnitud y la validez externa (13).

4 Resultados

Este apartado sintetiza datos fundamentales del total de 11 estudios seleccionados, que comprenden una muestra total de 2388 sujetos. Todos estos artículos fueron publicados entre los años 2014 y 2020 y tienen su origen en los países: España (14), Italia(15), Kosovo(16), Países Bajos(17), Australia(18), China(19), Irán(20), Brasil(21), Estados Unidos(22), Corea del Sur(23) y Colombia(24). Estos artículos, con el objeto de evaluar el efecto del ejercicio físico, analizan la evolución de diferentes variables ligadas a la salud de los pacientes tras la aplicación de diferentes tratamientos. Tras el análisis de los resultados, los artículos fueron agrupados en cinco categorías en función de las variables dependientes que tuvieran un mayor peso dentro del estudio. Estas categorías son:

- Efectos cardiovasculares combinados con otros aspectos.
- Efectos sobre la fatiga, calidad de vida y efectos del tratamiento y progresión del cáncer de mama.
- Efectos sobre parámetros musculoesqueléticos.
- Efectos inflamatorios.
- Efectos sobre diferentes biomarcadores a nivel serológico indicativos de la progresión del cáncer.

1. Efectos del ejercicio físico sobre parámetros cardiovasculares.

Para analizar los efectos producidos por el ejercicio en los parámetros cardiovasculares se utilizó fundamentalmente el V02max, o volumen máximo de oxígeno que procesa el organismo al realizar una actividad. Se utilizaron dos artículos, un ensayo controlado aleatorizado y un estudio piloto, observándose los resultados, en este caso, durante la fase activa de la enfermedad y tras la superación de la enfermedad.

En (14) se describe una intervención durante 12 semanas basada en un programa de ejercicios aeróbicos y de resistencia, donde se formaron un grupo intervención y otro control para pacientes en tratamiento, a los que se aplicaron medidas como el test de

Bruce para la medición del V02max. Tras su realización se obtuvo un aumento del 21% con respecto al inicio en el grupo intervención, mientras que en el grupo control se redujo un 12%.

En el estudio piloto (15), se realizó una intervención con un grupo experimental y otro control durante 4 semanas en pacientes supervivientes de cáncer de mama. Se aplicó el test de Astran para la valoración de los pacientes, documentándose un aumento similar al alcanzado en (14), con un incremento del 28% con respecto al inicio del estudio, aunque, en este caso, se produjo un aumento del 2,8% en el

grupo control. En resumen, ambos estudios revelan un aumento significativo del V02max con respecto al grupo control en ambos estudios.

2. Efectos del ejercicio físico sobre parámetros relacionados con la calidad de vida, fatiga y síntomas del tratamiento.

La fatiga y la pérdida de calidad de vida son dos parámetros comunes en pacientes con cáncer debido tanto al avance de la enfermedad como a los efectos del tratamiento. En relación con estas variables, se emplearon dos ensayos aleatorizados controlados que evalúan la etapa de tratamiento activo y superación de la enfermedad, respectivamente.

El estudio realizado por van Waart(17) agrupó a un total de 230 pacientes en tres grupos: ejercicio en el hogar de baja intensidad, ejercicio supervisado de alta intensidad y actividad usual en fase activa de tratamiento. La valoración de los pacientes tras la intervención reveló que los pacientes que fueron asignados al grupo de ejercicio físico de mayor intensidad obtuvieron unos mejores resultados en términos de fatiga física.

Respecto a la calidad de vida de los pacientes, se consideraron diferentes variables tales como náuseas, vómitos o dolor. En los dos grupos que incorporaron actividad física en su tratamiento se observó una disminución estadísticamente significativa de las náuseas y los vómitos, así como del nivel de dolor.

En cuanto al planteamiento realizado por Ardiana et al. (16), éste se basó en la realización de un ensayo aleatorizado controlado con 62 mujeres supervivientes de cáncer de mama, distribuidas en dos grupos: control o experimental. El grupo experimental completó un programa de entrenamiento de ejercicio físico moderado durante un periodo de diez semanas, mientras que el grupo de control no realizó ningún tipo de entrenamiento. Se evaluaron diferentes variables antes y después de la intervención: calidad de vida, cambios corporales, peso y su rendimiento en una prueba de esfuerzo consistente en caminar durante 12 minutos. Tras su finalización se documentaron ganancias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental en cuanto a bienestar físico, funcional y emocional. También se dieron resultados superiores en el rendimiento en un test de caminar de 12 minutos. En cambio, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el peso o en índice de masa corporal.

3. Efectos del ejercicio físico sobre parámetros musculoesqueléticos y síntomas del tratamiento.

Una gran parte de mujeres bajo tratamiento para el cáncer es sometida a terapias hormonales a base de inhibidores de la aromatasa, siendo uno de los principales el tamoxifeno. Como efectos adversos, se presentan problemas a nivel muscu-

loesquelético, principalmente dolor en articulaciones, rigidez muscular y pérdida de fuerza. Para su análisis se utilizaron dos artículos: una revisión de intervenciones y una revisión sistemática y metaanálisis.

En Roberts et al.(18) se identificaron 6 estudios con un total de 400 mujeres en tratamiento, las cuales realizaron diferentes tipos de ejercicio como marcha nórdica, combinaciones de entrenamiento aeróbico y de resistencia, así como ejercicio en sus domicilios en un rango de 6 semanas a 12 meses. Se emplearon diferentes escalas, principalmente la BPI para la fatiga y el índice WOMAC para la rigidez. Los resultados indicarían la escasez de evidencias sólidas a favor del efecto del ejercicio físico tanto en la reducción del dolor musculoesquelético inducido por el inhibidor de la aromatasa como en la de la rigidez. Se encontraron evidencias escasas sobre su implicación en el dolor crónico; donde se analizó en 4 estudios; la rigidez también experimentó pocos o ningún cambio.

Por otra parte, en el estudio realizado por Lu et al. (19),se emplearon un total de 9 artículos, involucrando a 743 pacientes supervivientes a las que se les indicó la realización de ejercicio en el domicilio y programas de ejercicio supervisados por especialistas por un periodo de entre 6 semanas y 12 meses. Se utilizaron las mismas escalas que las reseñadas en (18). Sin embargo, en este caso los resultados del metaanálisis sí parecen señalar efectos beneficiosos del ejercicio físico en relación con el dolor musculoesquelético inducido por el inhibidor de la aromatasa, de la rigidez y de la fuerza muscular en el agarre. Estas diferencias podrían deberse a los diferentes criterios de inclusión aplicados por los autores. Así, mientras Lu et al. (19) admiten tanto ensayos clínicos aleatorizados como estudios cuasiexperimentales, Roberts et al(18)restringió su análisis a ensayos clínicos. De hecho, el primer trabajo analiza nueve publicaciones y el segundo sólo seis.

4. Efectos del ejercicio físico sobre parámetros inflamatorios.

La inflamación de las células es una reacción colateral al tratamiento debido a los agentes utilizados, pudiendo conllevar una mala progresión del cáncer y la recurrencia del mismo. En esta categoría se analizan dos trabajos, un ensayo aleatorio controlado y una revisión sistemática.

El artículo realizado por Alizadeh(20) agrupó a un total de 52 mujeres no metastásicas, a las cuales se distribuyó de forma aleatorizada en dos grupos: uno basado en ejercicio de alta intensidad y otro grupo sin prescripción de ejercicio o actividad usual. Ambos grupos contaron con 26 participantes. El periodo de estudio duró 12 semanas con una frecuencia en el ejercicio física de 3 días por semana y la intensidad ajustada según la FCM. En este estudio se evaluaron los biomarcadores serológicos IL-6, IL-1 β , IL-10 y HSP70. Tras el análisis con la técnica ELISA, los resultados señalan un impacto positivo en la capacidad car-

diorrespiratoria y en las citoquinas inflamatorias de los pacientes con cáncer de mama que se someten a la terapia hormonal.

En contraposición, la revisión realizada por Ferreira et al (21), empleó un total de 7 artículos, con un volumen de 316 pacientes supervivientes de cáncer de mama, las cuales, realizaron en su mayoría, un entrenamiento combinado o aislado de ejercicios aeróbicos y de resistencia por un periodo comprendido entre 12 semanas a 6 meses. Se utilizaron biomarcadores similares a los utilizados en el estudio anterior (20), empleando el IL-6, IL-10 y TNF-alfa. En este caso, ninguna de las investigaciones analizadas ofrece evidencias de una reducción de los biomarcadores inflamatorios fruto de un tratamiento con ejercicios aeróbicos y de resistencia, ya sea en modo combinado o aislado.

5. Efectos del ejercicio físico sobre biomarcadores serológicos relacionados con la progresión del cáncer y su supervivencia.

Existe una gran cantidad de biomarcadores que pueden utilizarse para valorar la progresión de pacientes con cáncer. En esta categoría se analizan 3 artículos: el realizado por Winters et al (22) basado en un conjunto de ensayos aleatorizados; el segundo, realizado por Kim et al (23), consistente en un estudio piloto aleatorizado simple ciego y, por último, una revisión sistemática con metaanálisis realizada por Meneses et al (24). Se valoraron principalmente diferentes marcadores relacionados con la insulina, como la leptina, adipoquinas, el factor de crecimiento insulínico y también marcadores serológicos anteriormente mencionados en los artículos sobre la inflamación.

Los dos ensayos aleatorios agruparon a 239 pacientes supervivientes de cáncer de mama; (22) dividió a 215 mujeres, en dos grupos: uno realizó entrenamiento de resistencia, y el otro se mantuvo sin ejercicio. El estudio se prolongó durante 1 año. Los marcadores serológicos fueron la CRP, IL1b, IL6, leptina, SAA e IGF-BP1. Tras la realización de análisis sanguíneos a las pacientes, se observó una disminución estadísticamente significativa de la CRP en el grupo intervención, mientras que en el control aumentó ($p=,045$). Las mujeres que ganaron fuerza mantuvieron los niveles de IL1b y el IL6 y aquellas que perdieron peso, disminuyeron la CRP ($p=,045$), la leptina ($p<,01$) y la SAA ($p=0,029$). Para el ensayo piloto realizado por Kim et al (32), se incluyeron 24 mujeres, divididas en dos grupos: intervención y control. El grupo intervención realizó un programa caracterizado por un calentamiento con ejercicios de máquinas, ejercicios aeróbicos en plataformas y ejercicios de fuerza (pesas), mientras que el grupo control mantuvo su actividad habitual, ambos durante 12 semanas. Al final del estudio se analizaron muestras sanguíneas y medidas antropométricas como el porcentaje de grasa corporal, la circunferencia de la cintura, la grasa visceral y como marcadores serológicos, la

leptina, la adiponectina y el DKK1 y SFRP1.

Los resultados obtenidos mostraron un aumento de la fuerza muscular, de la resistencia y la flexibilidad, mientras que el porcentaje de grasa, la circunferencia de la cadera y la grasa visceral, disminuyeron ($p < .05$). Los marcadores serológicos también mostraron disminuciones en los niveles de leptina y adiponectina ($p < .05$). y los valores de DKK1 y SFRP1 sufrieron disminuciones significativas en las supervivientes ($p < .01$).

La revisión sistemática realizada en (24) agrupó a un total de 235 mujeres supervivientes de cáncer de mama a las que se introdujo en un programa de ejercicios aeróbicos y/o de resistencia, durante un periodo de 10 a 35 semanas de media, aplicándoles análisis sanguíneos para conocer los biomarcadores IGF-I , IGF-II , IGFBP-I , IGFBP-3, glucosa y resistencia a la insulina.

Tras la observación de las analíticas se pudo presenciar mejoras significativas en IGF-I, IGF-II, IGFBP-I, IGFBP-3, el nivel de insulina y la resistencia a la insulina, mientras que la disminución de glucosa no experimentó ninguna disminución.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama representa actualmente una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad en mujeres, siendo uno de los tumores con mayor incidencia en los países desarrollados. Este tipo de patologías requieren tratamientos específicos que conllevan una gran cantidad de efectos secundarios asociados.

El objetivo principal de este trabajo ha consistido en analizar si el ejercicio físico puede paliar los síntomas que producen los tratamientos más comunes, como la quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia.

Para alcanzar este propósito se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los estudios orientados a evaluar este tipo de intervenciones (basadas en el ejercicio físico) en la última década.

Tras el análisis de las investigaciones, se han identificado mejoras en la mayoría de los efectos secundarios evaluados como, por ejemplo, son la afectación muscular y ósea, la aparición de fatiga, la pérdida de calidad de vida y la aparición de inflamación en tejidos y células.

Estos resultados señalarían al ejercicio físico como una opción preferente para mejorar los efectos anteriormente mencionados.

A pesar de utilizar medidas similares, algunos estudios presentan diferencias en el efecto y los beneficios. Los tipos de ejercicios utilizados en las intervenciones se caracterizaron por combinaciones de tipo aeróbico o anaeróbico, a distinta

intensidad. A este respecto, las diferencias en los resultados podrían relacionarse con el factor de la duración de la actividad física planificada.

Los estudios seleccionados se encargaron, además, de la relación causal entre el tipo de ejercicio y el beneficio potencial sobre el síntoma desarrollado, por el tipo de fármaco o tratamiento específico. Así, en el estudio de Marco Aurelio et al (21) se emplea en su mayoría entrenamiento de resistencia, lo que produce mejoras a nivel muscular y óseo, la resistencia y la pérdida de masa ósea o muscular consecuencia de la utilización de inhibidores de la aromatasa.

Entre los estudios que evalúan la función cardiorrespiratoria(14,15), especialmente afectada por quimioterapia, se observó mejoras en los parámetros del consumo de oxígeno, y también se mostró una relación positiva entre un mayor consumo de oxígeno y una mejora en variables de composición corporal y fuerza. A este respecto, aunque los efectos son significativos, se debe subrayar la ausencia de estudios que evalúen esta cuestión en periodos extensos de tiempo.

Por otra parte, en relación con otro efecto secundario común en el cáncer de mama, como es la fatiga y pérdida de calidad de vida, se han documentado efectos beneficiosos, aunque no en todas las variables estudiadas. Así, se evidenció una baja eficacia a la hora de reducir la masa grasa o la fuerza(16,17). Además, en estos estudios se constató solo mejora en el nivel de fatiga y calidad de vida durante el periodo en que se desarrollaron las intervenciones experimentales, constatándose la vuelta a niveles anteriores tiempo después de la finalización de las investigaciones.

En lo que respecta a las intervenciones para el tratamiento del dolor muscular y la rigidez, se pudieron observar diferencias con respecto a la validez de los resultados y su aplicación. En las mujeres en tratamiento no observaron mejoras en ningún parámetro a estudio, pudiendo ser el rango de edad de las pacientes, un factor limitante(18). Sin embargo, se muestran evidencias de su efecto positivo en las mujeres supervivientes del cáncer de mama, principalmente, gracias a la contribución al aumento de la fuerza muscular y de la resistencia ósea(19).

El papel del ejercicio físico para disminuir la inflamación causada por los tratamientos también ha sido objeto de evaluación en diferentes estudios. Este tipo de efecto secundario afecta al sistema inmune y a los tejidos sanos, que producen condiciones favorables para el avance de tumores malignos. En los dos estudios identificados(20,21)se utilizó principalmente entrenamiento de resistencia, donde se mostró la disminución de parámetros físicos como la masa grasa. Por el contrario, hubo resultados contradictorios sobre los marcadores serológi-

cos. Así, aparecen diferencias en la citoquinina IL-6, observándose un aumento durante el entrenamiento, que conlleva un empeoramiento del pronóstico(20). En cambio, en las supervivientes se consideraba un mecanismo en la reducción de otras citoquinas inflamatorias(21). El nexo de unión fue su regulación durante la realización del ejercicio, ya que la citoquinina IL-6 varía en sus efectos dependiendo de la intensidad.

Con respecto a la progresión del cáncer de mama, los estudios identificados evaluaban determinados marcadores para determinar la evolución de la enfermedad. Según los datos reflejados por los estudios, el entrenamiento de resistencia fue el que mayor beneficio generó, asociado a la mejora de la musculatura y la disminución de la inflamación, y también por una disminución de su masa grasa, que reduce el riesgo de recaída(22).

También (24) demostró la eficacia del aeróbico para la disminución de marcadores serológicos. En concreto, se observó que la mejora se producía en aquellos entrenamientos cuya duración fuera superior a 12 semanas o aquellos con una duración superior a 150 minutos a la semana.

Así, el aumento de los niveles de estas citoquinas también se relaciona con aumentos de las células T y B que, a su vez, mejoran el sistema inmune y la actuación contra los tumores(22,23).

Por último, también se usaron los marcadores de insulina como elemento para valorar el riesgo de ocurrencia del cáncer.

Tras el ejercicio físico, se pudo observar la disminución de la resistencia a la insulina y de los marcadores relacionados como IGFBP, IGF-I y los asociados(24).

El presente trabajo presenta diferentes fortalezas y debilidades. Con respecto a las primeras, se utilizaron artículos con una calidad media-alta en conjunto, aunque una de las dificultades tiene relación con la heterogeneidad de las intervenciones. Además, la lectura crítica fue llevado a cabo a través de una herramienta de validez para la evidencia científica, como el uso de CASPe .

En cuanto a las limitaciones, se debe reconocer la dificultad para establecer comparaciones entre intervenciones multidimensionales diversas, que prácticamente hacen singulares cada una de las intervenciones por las combinaciones del tipo de actividad física, duración, intensidad, etc., así como las diferentes escalas utilizadas en cada estudio. Además, los estudios, en general, evalúan el ejercicio sin incluir otras variables como, por ejemplo, la alimentación.

6 Bibliografía

1. Cáncer. Definición de cáncer [Internet]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>.
2. Diagnóstico del cáncer: ¿Cómo se Detecta el Cáncer? | AECC [Internet]. [cited 2020 May 11]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre.-cancer/>.
3. Cáncer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 30]. Available from: <https://seom.org/info-sobreel-cancer/cancer-de-mama?start=1>
4. AECC. Fallecidos por tipo de cáncer. [Internet]. 2018. [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://app.powerbi.com/>.
5. AECC. Tratamiento del cáncer [Internet]. 2018. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/tratamiento>.
6. Abdelmagid SA, Mackinnon JL, Janssen SM, Ma DWL. Role of n-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Exercise in Breast Cancer Prevention: Identifying Common Targets. 2016;71–84.
7. MedlinePlus. Cuál es su riesgo de cáncer de mama: MedlinePlus enciclopedia médica. In [cited 2020 May 30]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000830.htm>
8. OMS. Actividad física y sus características. 2020; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
9. Rajarajeswaran P, Vishnupriya R. Exercise in cancer. Indian J Med Paediatr Oncol. 2009;30(2):61–70.
10. Casla S, Jerez Y, Barakat R. Running away from side effects: physical exercise as a complementary intervention for breast cancer patients Physical training in cancer View project Breast Cancer View project. Artic Clin Transl Oncol [Internet]. 2014 [cited 2020 May 17];17(3):180–96. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/262808454>
11. Casla S, López-Tarruella S, Jerez Y, Marquez-Rodas I, Barakat R, Martín M. Abstract P1-10-10: An integrative intervention to change breast cancer patients' lifestyle: A medical challenge. A randomized controlled trial. In: Cancer Research. American Association for Cancer Research (AACR); 2016.
12. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin [Internet]. 1995;105:740-3. Available from: http://www.atencionprimaria.imib.es/docmanager/Evaluacion_de_la_evidencia_cientifica.pdf

13. Roc E, Farmac AL, Hospitalaria F, Virgen HU. Lectura crítica de ensayos clínicos [Internet]. Available from: <https://www.elcomprimido.com/FARHSD/presentaciones/>.
14. Casla S, López-Tarruella S, Jerez Y, Marquez-Rodas I, Galvão DA, Newton RU, et al. Supervised physical exercise improves VO₂max, quality of life, and health in early stage breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 17];153(2):371–82.
15. Luca V De, Minganti C, Borrión P, Grazioli E, Cerulli C, Guerra E, et al. Effects of concurrent aerobic and strength training on breast cancer survivors: a pilot study. *Public Health* [Internet]. 2016;4–10.
16. Murtezani A, Ibraimi Z, Bakalli A, Krasniqi S, Disha ED, Kurtishi I. The effect of aerobic exercise on quality of life among breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *J Cancer Res Ther*. 2014 Jul 1;10(3):658–64.
17. Van Waart H, Stuiver MM, Van Harten WH, Geleijn E, Kieffer JM, Buffart LM, et al. Effect of low-intensity physical activity and moderate- to high-intensity physical exercise during adjuvant chemotherapy on physical fitness, fatigue, and chemotherapy completion rates: Results of the PACES randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2015 Jun 10;33(17):1918–27.
18. Roberts KE, Rickett K, Feng S, Vagenas D, Woodward NE. Exercise therapies for preventing or treating aromatase inhibitor-induced musculoskeletal symptoms in early breast cancer [Internet]. Vol. 2020, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2020 Jan [cited 2020 May 17]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012988.pub2/abstract>.
19. Lu G, Zheng J, Zhang L. The effect of exercise on aromatase inhibitor-induced musculoskeletal symptoms in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Vol. 28, *Supportive Care in Cancer*. Springer; 2020. p. 1587–96.
20. Alizadeh AM, Isanejad A, Sadighi S, Mardani M, Kalaghchi B, Hassan ZM. Highintensity interval training can modulate the systemic inflammation and HSP70 in the breast cancer: a randomized control trial. *J Cancer Res Clin Oncol* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 May 17];145(10):2583–93.
21. de Jesus Leite MAF, Puga GM, Arantes FJ, Oliveira CJF, Cunha LM, Bortolini MJS, et al. Effects of combined and resistance training on the inflammatory profile in breast cancer survivors: A systematic review. Vol. 36, *Complementary Therapies in Medicine*. Churchill Livingstone; 2018. p. 73–81.
22. Winters-Stone KM, Wood LJ, Stoyles S, Dieckmann NF. The Effects of Resis-

tance Exercise on Biomarkers of Breast Cancer Prognosis: A Pooled Analysis of Three Randomized Trials. AACR [Internet]. 2018 [cited 2020 May 17]; Available from: <http://cebp.aacrjournals.org/>

23. Kim TH, Chang JS, Park KS, Park J, Kim N, Lee JI, et al. Effects of exercise training on circulating levels of Dickkopf-1 and secreted frizzled-related protein-1 in breast cancer survivors: A pilot single-blind randomized controlled trial. PLoS One. 2017 Feb 1;12(2).

24. Meneses-Echávez JF, Jiménez EG, Río-Valle JS, Correa-Bautista JE, Izquierdo M, Ramírez-Vélez R. The insulin-like growth factor system is modulated by exercise in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2016 Aug 25;16(1).

Capítulo 142

DIABETES EN EL RECIÉN NACIDO

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) tipo 1 es una enfermedad crónica causada por el déficit completo de insulina que se produce con la destrucción de las células beta del páncreas, las cuales se encargan de producir dicha insulina.

La alteración más habitual es la hiperglucemia crónica, que además de diagnosticar la patología, es la responsable de las complicaciones vasculares y neurológicas a largo plazo. Algunos estudios recientes señalan que las complicaciones crónicas de la diabetes empiezan a desarrollarse en la edad pediátrica.

Este tipo de diabetes está muy presente en niños y es más común en ellos que en adultos, sin embargo, la incidencia va a variar en función de diversos factores, también conocidos como factores de riesgo. Entre los que destacan:

- Situación geográfica.
- Edad y sexo: no existe gran diferencia entre sexos. Sin embargo, al abordar la edad, podemos observar que casi la mitad de los casos de diabetes mellitus tipo 1 se dan en niños menores de 10 años.

- Antecedentes familiares: existe más incidencia cuando uno o ambos padres padecen la enfermedad también. Además, hay que destacar también la gran incidencia, de hasta el 30% relacionado con los gemelos monocigóticos.
- Exposición a diversos agentes ambientales por parte de personas susceptibles.

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad de diabetes en el recién nacido.
- Explicar su evolución, su diagnóstico y las pruebas asociadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos de libre acceso en la base de datos UptoDate, donde se han seleccionado artículos sin restricción de idioma, con fecha límite de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

INTRODUCCIÓN

La diabetes neonatal se caracteriza por la aparición de hiperglucemia constante durante los primeros seis meses de vida debido a la función alterada de la insulina, frecuentemente causada por una mutación que afecta a la función de las células beta pancreáticas.

CLÍNICA

La diabetes es una causa poco común de hiperglucemia neonatal e infantil, notificada entre 1 de cada 90.000 y 160.000 nacidos vivos.

PRESENTACIÓN

Debido a la heterogeneidad genética subyacente neonatal DM, la presentación clínica de los niños afectados varía desde una hiperglucemia asintomática hasta a una deshidratación grave y cetoacidosis diabética. Las manifestaciones clínicas incluyen:

- Pequeño para la edad gestacional: con frecuencia, la diabetes neonatal se presenta prenatalmente con una restricción del crecimiento intrauterino debido a una deficiencia de insulina funcional.
- Crecimiento postnatal deficiente (es decir, retraso del crecimiento) para los bebés que no reciben la terapia adecuada.

- Poliuria por hiperglucemia y glucosuria.
- Cetoacidosis diabética (CAD): los bebés con DM neonatal tienen riesgo de deshidratación y anomalías electrolíticas debido a pérdidas urinarias y acidosis debido a la cetogénesis. Sin embargo, los signos y síntomas de la CAD en los lactantes son inespecíficos e incluyen irritabilidad, letargo, taquipnea y evidencia de hipovolemia (p. Ej., Ojos hundidos y fontanelas).

La frecuencia de CAD en el momento de la presentación varía y depende del trastorno genético subyacente específico. Se ha informado que la CAD ocurre en aproximadamente el 30 por ciento de los pacientes con mutaciones de INS (diabetes mellitus aislada que requiere insulina) y varía del 30 al 75 por ciento para aquellos con mutaciones de diabetes que responde a sulfonilurea.

- Diarrea de malabsorción: en algunos casos, la función exocrina pancreática puede verse afectada, lo que da lugar a una diarrea de malabsorción incluso en lactantes sin agenesia o hipoplasia pancreáticas.

EVOLUCIÓN

En el 20% de los casos, la diabetes neonatal se resuelve espontáneamente antes de los 18 meses de edad. Sin embargo, a menudo hay una recurrencia de la hiperglucemia en la adolescencia o la edad adulta. Los pacientes restantes tienen un trastorno permanente y necesitarán medicación de por vida con sulfonilurea y/o insulina.

DIAGNÓSTICO

Hacer un diagnóstico de diabetes neonatal en bebés menores de 6 meses es complicado. Se realiza un diagnóstico clínico de diabetes para los lactantes que tienen hiperglucemia insulín dependiente persistente más allá de los tres días de vida con niveles de glucosa en sangre $> 200 \text{ mg / dl}$ y en los que se han excluido causas alternativas de niveles elevados de glucosa en sangre. Para los recién nacidos y lactantes con diabetes, la diabetes neonatal debida a una etiología monogénica se confirma cuando las pruebas genéticas identifican una mutación genética causante.

Para los bebés con hiperglucemia persistente, se realiza la siguiente evaluación diagnóstica para excluir otras causas de hiperglucemia neonatal y para diferenciar la diabetes neonatal monogénica de la diabetes poligénica autoinmune tipo 1. Se realizan más pruebas genéticas para bebés con un diagnóstico clínico de diabetes neonatal para determinar la mutación genética causante.

PRUEBAS GENÉTICAS

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de diabetes en un bebé menor de 12 meses de edad, se recomiendan pruebas genéticas específicas para confirmar e identificar una etiología monogénica, ya que esto puede orientar las recomen-

daciones de tratamiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la hiperglucemia neonatal es amplio y se analiza por separado. Para la hiperglucemia persistente, la DM es un diagnóstico de exclusión. Las causas más comunes de hiperglucemia neonatal se diferencian con:

- Sepsis: hemocultivos positivos.
- Nutrición parenteral: reducción de la velocidad de infusión de glucosa a los requisitos fisiológicos de la glucosa.
- Medicamentos: suspensión de los medicamentos hiperglucémicos, incluidos los corticosteroides y los medicamentos beta adrenérgicos (Dopamina, epinefrina o norepinefrina) una vez que sean médicamente apropiados.

PATOLOGÍAS ASOCIADAS

Descripción general de las mutaciones genéticas.

La diabetes está causada por una sola mutación de uno o varios genes que están involucrados en el desarrollo normal y la función de las células beta pancreáticas, incluida la producción y secreción de insulina.

Las mutaciones que causan diabetes son el resultado de una función alterada de la insulina debido a uno de los siguientes mecanismos:

- Función anormal de las células beta que afecta a la producción y secreción de insulina.
- Destrucción de células beta.
- Desarrollo pancreático anormal (aplasia o hipoplasia pancreática).

Aunque la DM neonatal también puede ocurrir en bebés prematuros (edad gestacional <37 semanas), es más difícil hacer un diagnóstico en este grupo de pacientes. En una segunda serie de casos, 146 de 750 niños con diabetes diagnosticados antes de los seis meses de edad nacieron prematuros.

EXPRESIÓN FENOTÍPICA

Las mutaciones genéticas que causan DM neonatal se expresan como uno de los siguientes subtipos clínicos:

- Diabetes mellitus transitoria: debido a mutaciones de genes de sobreexpresión cromosómica. 20% de los casos.
- Diabetes mellitus que responde a sulfonilurea oral. 40% de los casos.
- Diabetes mellitus aislada permanente que requiere tratamiento con insulina de por vida. 10% de los casos.
- Diabetes mellitus sindrómica con características extrapancreáticas. (Síndrome de Wolcott-Rallinson). 10% de los casos.
- Diabetes sin causa genética identificada. 20% de los casos.

Diabetes mellitus transitoria. El 20% de los pacientes que presentan diabetes neonatal finalmente presentaran diabetes transitoria que se resuelve en la infancia (generalmente entre las 13-18 semanas de edad).

Diabetes neonatal sensible a sulfonilurea. Aproximadamente el 40% de los pacientes con diabetes responder al tratamiento con sulfonilurea causado por mutaciones de genes activadores que pueden resultar en diabetes transitoria o permanente. Para la mayoría de los lactantes con estas mutaciones genéticas, la terapia con sulfonilurea oral es tan eficaz como la insulina subcutánea para controlar la hiperglucemia.

Diabetes neonatal aislada permanente que requiere insulina. Aproximadamente del 40 al 50 por ciento de los bebés con DM neonatal permanente necesitarán tratamiento de por vida con insulina. En estos pacientes, las mutaciones conducen a un plegamiento incorrecto de la proteína de la insulina, que se acumula en los compartimentos subcelulares y contribuye a la muerte de las células beta. Diabetes neonatal asociada con síndromes genéticos. La diabetes es una característica clínica de muchos síndromes diferentes que se presentan durante la infancia causados por mutaciones en más de 17 genes. Las causas sindrómicas de DM neonatal representan aproximadamente el 10 por ciento de los casos de DM neonatal debido a una variedad de mecanismos patogénicos que incluyen el desarrollo anormal del páncreas, la destrucción de células beta y la función alterada de las células beta y síndromes severos de resistencia a la insulina.

El síndrome más común que se presenta con diabetes neonatal es el síndrome de Wolcott-Rallison, un trastorno autosómico recesivo. Está causada por mutaciones en un gen que codifica el factor de iniciación de la traducción 2-alfa quinasa 3 (importante en la regulación del retículo endoplásmico). Ocurre en casi el 30 % de los casos con familias consanguíneas.

Otros síndromes que cursan frecuentemente con diabetes son:

- Síndrome IPEX: desregulación inmunitaria, patologías endocrinas y síndrome ligado al cromosoma X.
- Síndrome de Fanconi-Bickel: disfunción hepática e hipergalactosemia.
- Síndrome de Rogers: anemia megaloblástica sensible a la tiamina y pérdida auditiva neurosensorial.
- Síndrome de Wolfram: diabetes insípida, atrofia óptica y sordera.
- Síndrome de Donohue: resistencia a la insulina, crecimiento deficiente y deterioro del desarrollo muscular.

MANEJO Y TRATAMIENTO

Para los bebés con hiperglucemia persistente, el tratamiento inicial está dirigido a la corrección de las anomalías de líquidos y electrolitos y la reducción de la

hiperglucemia mediante la administración de insulina intravenosa.

- Manejo de líquidos y electrolitos

Los bebés con evidencia de deshidratación y anomalías electrolíticas, incluida la acidosis, deben tratarse inicialmente en una unidad de cuidados intensivos con medidas de apoyo para la reposición de volumen con líquidos intravenosos y la corrección de los déficits de electrolitos con reemplazo de electrolitos. Si hay deshidratación significativa en el momento del diagnóstico, se debe iniciar la reanimación con líquidos antes del inicio del tratamiento con insulina.

- Terapia de insulina

- Insulina intravenosa inicial. El tratamiento inicial de la hiperglucemia persistente en pacientes de menos de 12 meses de edad es la administración de una infusión continua de insulina por vía intravenosa (IV) siguiente repleción de fluido, si es necesario. La dosis inicial varía entre 0,01 y 0,05 unidades / kg por hora dependiendo de la gravedad de la presentación con respecto al grado de hiperglucemia y la presencia de cetoacidosis.

- Terapia de insulina subcutánea. Después de que el bebé esté estable y haya comenzado la alimentación oral, la terapia de insulina subcutánea puede iniciarse mediante múltiples inyecciones diarias o como una infusión continua de insulina subcutánea (ISCI) con una bomba de insulina. Una nutrición adecuada y la insulina subcutánea permitirán el tratamiento adecuado de la hiperglucemia y el aumento de peso. Sin embargo, la administración de insulina subcutánea en bebés con diabetes neonatal es complicado, ya que los bebés generalmente tienen poca grasa subcutánea, requieren pequeñas dosis de insulina y son propensos a desarrollar hipoglucemia. La dosis subcutánea más pequeña posible de cualquier insulina, incluida la de acción prolongada (glargina) sin dilución, es de 0,5 unidades.

- DM neonatal transitoria: suspensión de la terapia. Si los resultados de las pruebas genéticas de un bebé sugieren un diagnóstico de diabetes neonatal transitoria, puede estar indicado un ensayo para suspender la terapia, con un destete lento del agente hipoglucemiante (insulina o sulfonilurea) con control continuo de los niveles de glucosa.

Si se puede destetar al bebé con éxito de su terapia mientras se mantiene la normoglucemia, los niveles de glucosa se monitorean cada tres a seis meses para detectar cualquier desarrollo de hiperglucemia crónica. Además, los lactantes diagnosticados con diabetes neonatal transitoria 6q24 tienen riesgo de hipoglucemia, que suele presentarse entre los 6 y los 18 meses de edad.

- Suplemento de enzimas pancreáticas y nutrientes. Si el bebé tiene deficiencia exocrina pancreática, se requiere un reemplazo de enzimas pancreáticas similar al que se usa en pacientes con fibrosis quística para maximizar la absorción de

calorías enteral. Además, puede ser necesaria la reposición de nutrientes, incluidas las vitaminas liposolubles.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia conocer como profesionales y como padres el comienzo y evolución de la diabetes en el recién nacido. Hay que prestar atención al tamaño del niño, a la pérdida urinaria y signos asociados a la cetoacidosis diabética, como los son la taquipnea, el letargo, la hipovolemia y la irritabilidad.

Teniendo en cuenta que la identificación de esta patología es complicada en menores de seis meses, lo ideal es recurrir a las pruebas genéticas para diagnosticar la diabetes.

Finalmente, encontramos diferentes tipos de diabetes como la mellitus transitoria, la que requiere insulina o la sensible a sulfonilurea. Es por ello, la importancia que recibe la terapia con insulina para manejar este tipo de patologías.

6 Bibliografía

1. Lynne L Levitsky, MDMadhusmita Misra, MD M. Epidemiology, presentation, and diagnosis of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-presentation-and-diagnosis-of-type-1-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes infantil&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1
2. Rubio Cabezas O, Argente Oliver J. Diabetes mellitus en niños y adolescentes: complicaciones crónicas y enfermedades asociadas. An Pediatría [Internet]. 2007 Mar 1 [cited 2021 Oct 20];66(3):282–9. Available from: <https://www.analesdepediatría.org/es-diabetes-mellitus-ninos-adolescentes-complicaciones-articulo-13099691>
3. Habeb A, Deeb A. Neonatal diabetes mellitus. In: Encyclopedia of Endocrine Diseases [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 20]. p. 596–606. Available from: https://www.uptodate.com/contents/neonatal-diabetes-mellitus?search=diabetes en el recién nacido&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1
4. Lynne L Levitsky, MDMadhusmita Misra, MD M. Overview of the management of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents - UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 20]. Available from:

[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-type-1-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes infantil&topicRef=5816&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-type-1-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes%20infantil&topicRef=5816&source=see_link)

Capítulo 143

DIABETES INFANTIL

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

1 Introducción

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es la enfermedad endocrinometabólica más habitual en la infancia y en la adolescencia, la cual se caracteriza por una carencia absoluta de insulina secundaria a la destrucción continua de las células beta pancreáticas, normalmente debido a un mecanismo autoinmune.

En cuanto a la presentación clínica, en esta enfermedad se puede observar la aparición clara de síntomas muy característicos que hacen sospechar que se padece diabetes, entre ellos se encuentran:

- Poliuria: va a aparecer una mayor cantidad de glucosa en la orina, por lo que su excreción también va a aumentar. Esto provoca que la glucosuria aumente a su vez la poliuria, que puede aparecer en diversas formas: enuresis (incontinencia nocturna), nicturia, incontinencia diurna...
- Hiperglucemia: al acumularse más cantidad de glucosa, el nivel de esta en sangre va a aumentar también.
- Polidipsia: es la sensación de aumento de sed debido al aumento de poliuria que, al excretar en grandes cantidades, se produce unan hipovolemia.

- Pérdida de peso: a consecuencia de la hipovolemia y al déficit de insulina, que va a provocar el aumento del uso de glucosa disminuyendo así la cantidad de grasa. En cuanto al diagnóstico, es necesario en primer lugar, identificar que el paciente padece diabetes, y después, especificar el tipo de diabetes en función de los signos y síntomas que aparecen en la persona y con ayuda de diversas pruebas de laboratorio para comprobar y corroborar los resultados.

Entre las pruebas de laboratorio que se realizan, se debe tener en cuenta las siguientes:

- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL. Esta prueba se debe realizar en ayunas y en repetidas ocasiones.
- Glucosa plasmática ≥ 2 horas después de realizar la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Los niños sintomáticos pueden llegar a tener cifras muy elevadas y rara vez se necesita realizar dicha prueba.
- Glucosa plasmática venosa aleatoria ≥ 200 mg/dL.
- Hemoglobina glicosilada $\geq 6,7$ %. Esta prueba se utiliza con más frecuencia para diagnósticos DM2.

2 Objetivos

- Dar a conocer la patología de la diabetes infantil.
- Explicar la clínica, diagnóstico y tratamiento.
- Enumerar otras patologías asociadas a la diabetes infantil.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se han utilizado artículos de libre acceso de la base de datos UptoDate, cuya búsqueda no ha tenido restricción de idioma, pero con límite de antigüedad de diez años. Podemos encontrar "diabetes" "infantil" "endocrino" "enfermedad" como palabras clave.

4 Resultados

Existen grandes diferencias entre el tratamiento y el cuidado de niños y adolescentes con DM 1 y los adultos. Esto se debe a razones por el tamaño de estos, problemas de desarrollo y el nivel de actividad de los pequeños y la incapacidad de comunicar los síntomas de hipoglucemia y cetoacidosis diabética (CAD).

La mayoría de los niños con DM1 debutan relativamente temprano con los signos y síntomas clásicos de hiperglucemia y liberación deficiente de insulina (poliuria y polidipsia y, a veces polifagia y pérdida de peso).

El manejo exitoso de los niños con diabetes consistirá en:

- Equilibrar el objetivo de un control glucémico estricto con el fin de reducir el riesgo de secuelas a largo plazo de hipoglucemia crónica.
- Establecer metas realistas para cada niño y su familia.
- Capacitar al paciente y su familia en técnicas de autocontrol para mantener los niveles de glucosa en el rango adecuado.
- Mantener un crecimiento, desarrollo y maduración emocional normal. Además de apoyar el aumento de la independencia y autocuidado del niño.

Los miembros del equipo que participen en la educación inicial del paciente serán: endocrinólogo, enfermero educador, dietista y un profesional de la salud mental. Esta educación se dividirá en dos fases:

1. Fase inicial: El objetivo será que la familia aprenda sobre la enfermedad y, sobre todo, medir las concentraciones de glucosa en sangre, administrar insulina (diferentes tipos de insulina y cómo ajustar la dosis, cómo medir e inyectarla y cómo rotar los lugares de inyección), reconocer y tratar la hipoglucemia y medir concentraciones en sangre u orina.

Se recomendará que el paciente con diabetes posea un brazalete o collar de emergencia médica para su uso en caso de situación de emergencia (hipoglucemia o CAD).

2. Manejo continuo: Incluirá más apoyo y educación para mejorar el control glucémico y el manejo a largo plazo, individualizado a cada paciente. Con sesiones individuales del equipo (endocrinólogo, enfermero educador, dietista y profesional de la salud mental).

Este será el tratamiento básico para todos los pacientes con DM 1, eso sí, ajustada individualmente a cada paciente y lo más importante, a las pruebas de glucosa en sangre.

Los pasos clave serán:

1. Monitoreo del control glucémico: a. Hemoglobina glucosilada (A1C): Índice de control glucémico a largo plazo (de forma intermitente, cada 3 meses). Esta, por lo general, deberá estar por debajo del 7% (53 mmol/mol). b. Glucosa en sangre: Control más frecuente, varias veces al día. Aproximadamente de 80 a 130 mg/dl antes de las comidas y de 80 a 140 mg/dl al acostarse y durante la noche.

2. Régimen de insulina, administración de esta y ajuste de dosis.

Patologías asociadas:

Cetoacidosis diabética (CAD)

La podemos describir por la aparición de los siguientes hechos en un paciente con diabetes (según una declaración de consenso de la Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y Adolescente en 2018):

- Hiperglucemia: Glucosa en sangre > 200 mg/dL (11 mmol/L).
- Acidosis metabólica: pH venoso < 7.3 o bicarbonato sérico < 15 mEq/L (15 mmol/L).
- Cetosis: Presencia de cetonas en la sangre (> 3 mmol/L de beta-hidroxibutirato) u orina (cetonas en orina “moderadas o grandes”).

La gravedad de este cuadro se podrá clasificar a su vez como leve cuando el pH se encuentra entre 7.2 y 7.3/ el bicarbonato entre 10 y 15 mEq/L; moderado pH entre 7.1 y 7.2./ el bicarbonato entre 5 y 9 mEq/L o grave el pH es menor a 7.1/ bicarbonato menor a 5 mEq/L.

Las manifestaciones clínicas son la reducción del fluido extracelular, desequilibrio electrolítico y acidosis, también puede cursar con hiperglucemia severa y un estado hiperosmolar hiperglucémico.

En pacientes con cetoacidosis diabética moderada y severa el tratamiento consiste en administrar insulina para solucionar la cetosis y reducir la hiperglucemia, administración de líquidos intravenosos para la deshidratación y corregir los desequilibrios electrolíticos.

- Estado hiperosmolar hipoglucémico (HHS)

Se trata de una urgencia hiperglucémica. Se diferenciará de la CAD por (5):

- Hiperglucemia marcada (glucosa en sangre > 600 mg / dL [$> 33,3$ mmol / L]).
- Acidosis mínima (pH venoso > 7.25 o pH arterial > 7.3 y bicarbonato sérico > 15 mmol / L).
- Cetosis ausente o leve.
- Elevación marcada de la osmolalidad sérica (osmolalidad efectiva > 320 mOsm / kg).

Asimismo, la alteración de la conciencia la encontraremos con frecuencia en el HHS. Sin embargo, este HHS no aparece con mucha frecuencia en niños con DM 1.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de ambos es diferente. Siendo en el EHH más efectiva la administración de líquidos y la administración de insulina tardía.

La complicación más frecuente en la DM1 es la hipoglucemia, la cual puede aparecer en cualquier niño en el que la dosis de insulina administrada sea superior a su requerimiento.

Encontramos las siguientes definiciones para la hipoglucemia:

- Alerta de hipoglucemia clínica: glucosa en sangre <70mg/dl

- Hipoglucemia grave: glucosa en sangre <54mg/dl
- Hipoglucemia severa: asociado con un deterioro cognitivo severo (coma y convulsiones incluido).

Las respuestas fisiológicas a la hipoglucemia incluyen la liberación de hormonas contrarreguladoras como glucagón, epinefrina, cortisol y hormona del crecimiento.

Algunos de los síntomas que podemos observar son los siguientes:

- Síntomas adrenérgicos: temblor, palidez, frecuencia cardíaca rápida, palpitaciones y diaforesis.
- Síntomas neuroglucopénicos: fatiga, letargo, dolores de cabeza, cambios de comportamiento, somnolencia, inconsciencia, convulsiones o coma. La gravedad de los síntomas neuroglucopénicos aumenta con la gravedad de la hipoglucemia y la consiguiente privación de energía del sistema nervioso central.
- Síntomas conductuales: los síntomas conductuales incluyen irritabilidad, agitación, comportamiento errático, tranquilidad o rabietas y son más comunes en los niños más pequeños.

En los niños es común la hipoglucemia nocturna, con aparición de pesadillas, sueño inquieto y al despertar dolor de cabeza, confusión o cambios de comportamiento.

Factores de riesgo:

- Edad del paciente: más comunes en niños más pequeños.
- Grado de control glucémico.
- Régimen de insulina.
- Ejercicio.
- Ingestión de alcohol: el alcohol suprime la gluconeogénesis y la glucogenólisis y aumenta la sensibilidad a la insulina.
- El momento, la frecuencia y el contenido de carbohidratos de las comidas.
- Enfermedad grave.
- Factores psicológicos y socioeconómicos, incluida la educación del paciente y el comportamiento de autocuidado.
- Aparición de episodios hipoglucémicos previos.

Tratamiento:

1. Hipoglucemia leve y moderada: deben tratarse por vía oral con alimentos de carbohidratos simples concentrados y de rápida absorción (10-15g de glucosa)
 2. Hipoglucemia grave: los pacientes con síntomas neurológicos graves que no pueden recibir terapia oral requieren glucagón y/o dextrosa intravenosa.
- Glucagón: vía subcutánea o vía intramuscular.
 - Intranasal glucagón: 3mg de dosis.

- Dasiglucagon: 0,6mg.
- Glucagón autoinyector: Está disponible en dosis de 0,5 mg (para niños de 2 a 12 años) y en dosis de 1 mg (para personas de 12 años en adelante).
- Intravenosa dextrosa.

Otras enfermedades asociadas a la diabetes:

- Microangiopatía diabética
- Retinopatía diabética
- Microalbuminuria persistente
- Neuropatía diabética
- Enfermedad macrovascular
- Enfermedad tiroidea autoinmune
- Enfermedad celíaca
- Enfermedad de Addison
- Gastropatía autoinmune
- Vitiligo
- Infecciones asociadas
- Alteraciones ortopédicas y de los pies
- Problemas bucodentales
- Trastornos del crecimiento y desarrollo
- Osteopenia
- Trastornos psicológicos y psiquiátricos

5 Discusión-Conclusión

Hasta hace unos años, la Diabetes Mellitus tipo 1 no se relacionaba con complicaciones crónicas ni otras enfermedades, por lo que el control de los niños diabéticos se limitaba a mantener las concentraciones de glucemia lo suficientemente bajas como para no dar lugar a cetosis, pero lo suficientemente altas como para minimizar el riesgo de hipoglucemia.

Como enfermeros, debemos insistir en que optimizar el control metabólico desde el diagnóstico de la enfermedad es fundamental para prevenir ciertas complicaciones de la diabetes.

Actualmente disponemos de numerosas opciones terapéuticas como análogos de insulina, tanto acción rápida como de acción prolongada, correcciones subcutáneas e intravenosas, bombas de infusión subcutánea continua de insulina, sensores para evitar tantos pinchazos, y muchas otras posibilidades para hacer frente a esta patología.

6 Bibliografía

1. Rubio Cabezas O, Argente Oliver J. Diabetes mellitus en niños y adolescentes: complicaciones crónicas y enfermedades asociadas. *An Pediatría* [Internet]. 2007 Mar 1 [cited 2021 Oct 20];66(3):282–9. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-diabetes-mellitus-ninos-adolescentes-complicaciones-articulo-13099691>
2. Lynne L Levitsky, MD Madhusmita Misra, MD M. Overview of the management of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents - UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 20]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-type-1-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes infantil&topicRef=5816&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-type-1-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes%20infantil&topicRef=5816&source=see_link)
4. Glaser N. Diabetic ketoacidosis in children: Clinical features and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2020 [cited 2021 Oct 20]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-in-children-clinical-features-and-diagnosis?search=diabetes infantil&topicRef=5816&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-in-children-clinical-features-and-diagnosis?search=diabetes%20infantil&topicRef=5816&source=see_link)
5. Jha GS, Haymond MW. Treatment and complications of diabetic ketoacidosis in children. UpToDate [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 20];1–16. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-in-children-treatment-and-complications?search=diabetes infantil&topicRef=5816&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-in-children-treatment-and-complications?search=diabetes%20infantil&topicRef=5816&source=see_link)
6. Levitsky LL MM. Complications and screening in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus - UpToDate [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 20]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/complications-and-screening-in-children-and-adolescents-with-type-1-diabetes-mellitus?search=diabetes infantil&topicRef=5816&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/complications-and-screening-in-children-and-adolescents-with-type-1-diabetes-mellitus?search=diabetes%20infantil&topicRef=5816&source=see_link)

Capítulo 144

UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES ESPECIALES: NIÑOS

JULIA MARTÍN LUNA

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

1 Introducción

El enfermero en este ámbito se define como el profesional responsable del proceso de administración de medicamentos, constituyendo un papel fundamental en el cuidado hacia el paciente que se encuentra en terapia medicamentosa. Cabe destacar entre los cuidados de este proceso de administración de medicamentos los siguientes aspectos: la evaluación en la fase de pre-administración, cálculo de dosis, vigilar los efectos terapéuticos, identificar y reducir los efectos adversos, prevenir las interacciones medicamentosas y controlar la toxicidad. Es el personal de enfermería el encargado de llevar a cabo de forma correcta cada una de estas fases mencionadas.

La infancia es el período de tiempo que abarca desde el momento del nacimiento hasta el comienzo de la pubertad. El primer año de vida es muy importante desde el punto de vista nutricional, ya que los bebés deben doblar su peso a los cuatro meses de vida y triplicarlo al año. Por lo tanto, es fundamental una alimentación

suficiente y adecuada para satisfacer las necesidades nutritivas, tratar patologías y crear hábitos saludables.

Durante los tres primeros años de vida, el niño realiza avances muy importantes en cuanto a funciones psicomotoras, funciones digestivas y metabólicas, pues estas primeras etapas de vida son fundamentales para que el individuo construya todo su sistema inmunitario y pueda evitar ciertas patologías. Desde los cuatro años hasta los once, se diferencian dos etapas: etapa preescolar que abarca hasta los seis años y etapa escolar desde los seis a los once años. A lo largo de estos años se produce una decadencia en la velocidad de crecimiento en comparación con el primer año de vida. En esta etapa, el niño desarrolla procesos mentales y físicos muy importantes, con lo que las más mínimas alteraciones podrían conducir a problemas psicológicos y fisiológicos en etapas posteriores; cabe destacar, la vital importancia que tiene un buen desarrollo y una buena educación en este período, ya que se comienza a formar la personalidad del niño, así como su carácter y temperamento.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del papel de enfermería en el uso y administración de medicación en situaciones especiales con niños como pacientes.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, tales como: Pubmed, Scopus y Cochrane.

Para realizar una búsqueda exhaustiva, se utilizan estudios comprendidos en los últimos quince años y se emplean las palabras clave. Se fueron aplicando los distintos criterios de inclusión y exclusión, obteniendo así aquellos artículos más apropiados para esta revisión.

4 Resultados

El uso de medicamentos en niños se ve condicionado por el constante crecimiento y desarrollo que caracteriza esta etapa, lo que afecta a cómo se usan los fármacos y a los efectos que estos tienen sobre los niños. Además, generalmente el uso de medicamentos en pacientes pediátricos se basa en datos que proceden de estudios realizados en adultos, por lo que no existe una información del todo adecuada

que garantice su buen uso; de ahí, la constante comparación de ambos grupos en multitud de artículos, destacando la dificultad de poder conseguir una dosis adecuada por los rápidos cambios que se producen durante la infancia.

Las reacciones adversas conocidas son muy limitadas, puesto que los estudios realizados son muy escasos y en muchas ocasiones se consideran infracuantificadas, ya que la corta edad de los pacientes hace complicado poder recoger datos sobre los efectos que está causando. Igualmente, algunas de estas reacciones adversas solo se manifiestan en la infancia debido a sus condiciones de crecimiento y desarrollo, por lo que los estudios no pueden reflejarlas, al igual que ciertos beneficios.

Otra de las problemáticas del uso de medicamentos en niños radica en que algunos efectos negativos, solo se pueden observar tras un largo período de tiempo y en muchos casos son permanentes. Actualmente, existen medicamentos innovadores para el uso en pediatría pero que carecen de estudios de riesgo/beneficio a largo plazo. Además, la no disponibilidad de formulaciones pediátricas específicas obliga a administrar algunos medicamentos disueltos, machacados o triturados sin esta ser la mejor manera de administración.

Se observa que las investigaciones llevadas a cabo acerca de este tema son muy escasas y muchas de carácter cuantitativo. Cabe señalar la importancia de desarrollar más estudios sobre dicho tema, que aborden nuevas estrategias para mejorar en el proceso del cuidado de enfermería, previniendo así la posibilidad de errores en la administración de fármacos en niños.

5 Discusión-Conclusión

No todos los grupos terapéuticos y sus respectivos principios activos son válidos en pediatría debido a los efectos adversos y contraindicaciones que estos presentan en el niño. Igualmente, hay que tener en cuenta las condiciones y patologías específicas de cada niño, ya que dependiendo de si presentan o no unas características determinadas pueden o no desarrollar algunos efectos adversos. Las vacunas son el mejor aliado de la salud de los niños, demostrado mediante numerosos estudios las ventajas que tienen los calendarios de vacunación en la resistencia y salud de los pacientes pediátricos.

Para evitar el mayor número de errores, los enfermeros, previo a la administración de medicamentos, aplican los cinco correctos, evidencian desde la in-

dicación médica registrado en la historia clínica, el paciente, las características farmacológicas del medicamento y el uso de guías clínicas institucionales. Cabe destacar el apoyo del familiar acompañante en la observación de las reacciones adversas.

Finalmente cabe remarcar la carencia y falta de protocolos para la administración de medicamentos, por lo que se requiere el establecimiento de políticas de seguridad tanto para el paciente como para los profesionales de enfermería en la administración de medicamentos.

6 Bibliografía

1. Machado de Azevedo Filho F, Soares Martins IM, Rodrigues Silva Soares CS, Gomes Fazendeiro P, Tanferri de Brito Paranaguá T, Queiroz Bezerra AL. Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. *Enferm. Glob. Rev.* [Internet]. 2012; 11(26).
2. Franco da Silva E, De Faveri F, Lorenzini L. Errores de medicación en el ejercicio de la enfermería: una revisión integrativa. *Enferm. Glob. Rev.* [Internet]. 2014; 13(34).
3. Ministerio de sanidad y consumo. Promover la seguridad de los medicamentos para niños. [Internet]. 2020.
4. Carrasco Fernández JA, Diaz Manchay RJ, Cervera Vallejos MF, Saavedra Covarrubia ME, Rodríguez Cruz LD, Tejada Muñoz S. Percepción de las enfermeras sobre la seguridad durante la administración de fármacos al niño hospitalizado. [Internet]. 2021; 15(1).

Capítulo 145

EL USO DE LA TERAPIA LARVAL EN PACIENTES

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ANA PÉREZ PLAZA

GEMA MAGÁN CANO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

1 Introducción

1. Definición

Las heridas crónicas y las úlceras son lesiones que se caracterizan por periodos prolongados de cicatrización, debido a que terminan de curar por segunda intención, lo que las diferencia de aquellas quirúrgicas, traumáticas, agudas etc....siendo estas últimas también capaces de cronificarse y llevar una mala evolución.

La importancia de este tema radica en su aparición en un grupo de edad con gran cantidad de patologías, consumidor de muchos recursos a nivel sanitario y socioeconómico, principalmente, a nivel material y humano, lo que en la práctica conlleva una disminución de la calidad de vida del paciente y el empeoramiento de su pronóstico debido a la comorbilidad existente.

Esta encrucijada supone un gran reto para los pacientes que sufren un proceso crónico y en muchos casos de difícil solución; también para las administraciones,

para los propios familiares y para el personal de enfermería, siendo un tema común con gran capacidad de abordaje y de evolución(1).

2. Tipos de úlceras y su abordaje

Existen diferentes tipos de lesiones dependiendo de su origen y factores de riesgo asociados. Las más comunes suelen ser las úlceras, en este caso las úlceras por presión, aquellas de origen venoso y arterial, así como las relacionadas con la diabetes y su evolución.

Las úlceras por presión o UPP son lesiones que se localizan principalmente en las zonas con prominencias óseas donde la presión, la isquemia y las fuerzas de cizalla provocan la muerte celular y necrosis del tejido. Estas lesiones son causadas por factores intrínsecos como enfermedades respiratorias, vasculares o extrínsecos como la humedad, los fármacos o la fricción y presión.

Las úlceras vasculares se caracterizan por situarse en los miembros inferiores y estar relacionados con mecanismos valvulares en el caso de las venosas y de isquemia en las arteriales. Al tener distinto origen sus síntomas difieren, centrándose en el dolor, los pulsos, así como las zonas características de aparición.

Por último otra más típica es el pie diabético, un síndrome que afecta principalmente a los pies, relacionado con la neuropatía y angiopatía, cuya evolución suele desembocar en infecciones y mal manejo de las mismas siendo su fin la amputación(1).

Estas lesiones necesitan de un abordaje completo basado en la práctica enfermera siendo principalmente su prevención la herramienta más útil. A pesar de ello tras su aparición, es necesario una adecuada preparación del lecho de la herida aplicando el acrónimo "TIME"

- T: Tejido no viable
- I: Inflamación e infección
- M: Manejo del exudado
- E: Estimulación de tejido viable (bordes)

Es importante tener en cuenta estos conceptos para la correcta cicatrización de la herida mediante la eliminación del tejido desvitalizado que puede esconder signos de infección. Esta infección conlleva inflamación y edema que dificulta el paso correcto de nutrientes. Debe ser controlada con medios como apósitos y el método de cura húmeda para favorecer la migración celular, aunque para ello también es necesario eliminar los bordes necróticos mediante el uso de diferentes tipos de desbridamiento(2).

3. Tipos de desbridamiento

Existen diferentes tipos como pueden ser:

- Quirúrgico: Se realiza en quirófano, es eficaz y rápido. Necesita de personal con experiencia y técnicas estériles. A pesar de ello, no está indicada en pacientes inmunodeprimidos, anticoagulados o que presenten sepsis.
- Cortante: Es realizado por enfermería a pie de cama, en diferentes sesiones y con material estéril. Es rápido y eficaz, pero se realiza en varios días y causa dolor y hemorragias al paciente.
- Enzimático: En este tipo se aplican enzimas externas como colagenasa que, junto a las propias, actúan desbridando la fibrina y ayudando a romper tejido necrótico. Es sencilla, más lenta, aunque se necesita cubrir la piel perilesional y puede provocar dolor.
- Autolítico: Esta basado en la propia actividad de los macrófagos. Es selectivo, de fácil uso y bien aceptado. A pesar de ello, puede causar gran cantidad de macerado, así como ser de acción lenta(1,2).

4. Terapia larval

Es una técnica utilizada para la eliminación de tejido desvitalizado mediante el uso de larvas de una especie de mosca denominada *Lucilia Sericata*. Su acción promueve la eliminación de este tejido, de la infección que exista, así como promover la actividad de crecimiento celular favorable.

Esta técnica se conoce desde la Antigüedad utilizándose a lo largo de la historia hasta que William Baer perfeccionó la técnica dándose cuenta de la necesidad de que fueran criadas en condiciones estériles para su aplicación.

Actualmente en España su utilización es prácticamente nula debido al rechazo que supone y solo se utiliza bajo consentimiento informado(1-3).

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión consiste en determinar si la terapia larval es un método con suficiente evidencia para poder ser aplicado en el ámbito terapéutico.

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de estudios que evalúan el uso de la terapia larval en los diferentes tipos de lesiones.

Las bases de datos empleadas en la búsqueda fueron Pubmed y Cochrane. Las consultas se realizaron desde agosto de 2021 hasta septiembre de 2021. En la

búsqueda, se utilizaron descriptores Mesh y términos libres como “larva”, “therapy”, “pressure ulcers”, “chronic wounds” Así se combinan en cada base de datos, usando los términos de búsqueda anteriormente señalados, combinados mediante el operador booleano “AND”.

Los criterios de inclusión fueron:

- Los artículos utilizados fueron revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas, ensayos aleatorizados
- Idioma: español e inglés.
- Artículos que se apliquen a humanos.
- Años de publicación: entre 2000-2020.

Los criterios de exclusión fueron:

- Idioma: aquellos que no sean español, inglés
- Años de publicación: si no estaban publicados entre 2000-2020.
- Artículos aplicados a otras especies.

4 Resultados

Este apartado sintetiza los datos fundamentales del total de 8 estudios seleccionados, que comprenden una muestra de más de 1300 sujetos. Todos estos artículos fueron publicados entre los años 2000 y 2021. Estos artículos tienen el objetivo de analizar los efectos de la aplicación de la terapia larval en pacientes con heridas vasculares y pie diabético principalmente.

En el estudio realizado por Jo C Dumville et al(4) se propuso como objetivo comparar la efectividad de la terapia larval frente al hidrogel en úlceras necróticas en las piernas, se tomó una muestra de 267 pacientes divididos en dos grupos. El grupo con terapia larval disminuyó el tiempo de desbridamiento, aunque aumento el dolor en la úlcera. En el caso de CE Davies et al(5) se utilizó una muestra mayor de 601 pacientes, se planteó evaluar el desbridamiento de las larvas en las úlceras venosas crónicas de la pierna y evaluar el efecto posterior sobre la cicatrización, al final se presencio en la muestra reducción de la zona de la herida a corto plazo aunque algunos pacientes muestran efectos no secundarios como eccema o intolerancia a la compresión.

En el estudio que se presentó por el equipo de Xinjuan Sun et al(7) se optó por un ensayo aleatorizado con el objetivo de comparar los factores de crecimiento antes y después de la aplicación de terapia larval en pies diabéticos; al final del estudio se observó que su utilización promueve la cura del tejido favoreciendo la granulación y la angiogénesis, así como la elevación de factores de crecimiento

celulares. En el realizado por Azam Malekian et al(6) se propusieron valorar la efectividad de la aplicación de las larvas sobre la carga bacteriana principalmente de *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* en 50 pacientes ingresados de forma hospitalaria; durante las curas se objetivó la reducción de la carga bacteriana a las 48 horas para *S aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* a las 96 horas mediante los análisis de los exudados.

Ronald A. Sherman et al(8) quisieron comprobar la eficacia de la terapia larval para tratar úlceras de piernas y pies en los que no funciona la terapia convencional. Utilizaron como diseño un ensayo aleatorizado controlado en 20 pacientes durante varios meses a nivel ambulatorio como resultado pudo observar que la terapia larval demuestra desbridamiento eficaz y favorece el crecimiento de tejido de granulación. Por el contrario Aaron G Paul et al(9) se decantó por utilizar un estudio prospectivo de casos y control con 59 pacientes donde se comparan los efectos de la terapia larval con *Lucilia cuprina* frente a los métodos convencionales, en este caso no se muestran diferencias significativas entre ambos grupos.

Luis Figueroa et al(10) se basó en la experiencia clínica para valorar la terapia larval en pacientes con úlceras crónicas; quiso replicar los objetivos que se plantearon en otros estudios similares obteniendo resultados similares a su compañeros. Por último, José Contreras-Ruiz et al(11) realizaron un estudio comparativo de la eficacia de la larvaterapia (LT) para desbridar y controlar la carga bacteriana en úlceras venosas comparado con desbridamiento quirúrgico y aplicación de un antimicrobiano tópico presentándose como objetivo valorar la larvaterapia frente al frente al desbridamiento quirúrgico y la aplicación de sulfadiazina de plata; se distribuyó la muestra en dos grupos: pacientes de la consulta externa de dermatología y un grupo control de la misma, en principio 52 tras criterios, quedaron 29 pacientes. en el se pudo observar la reducción significativa de las dimensiones en las heridas. A nivel de entre grupos no hubo diferencias significativas.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de los artículos reflejados anteriormente muestra diferentes líneas a través de las cuales podemos contrastar los resultados. En este caso se centraron en la calidad de desbridado, el manejo de la carga bacteriana de la herida, los diferentes efectos dependiendo de la etiología, la cicatrización de la herida y por ultimo los efectos secundarios experimentado.

La terapia larval ha demostrado ser una buena opción para desbridar tejido necrótico.

Su acción sobre la herida se centra en la especificidad de las larvas para comer

tejido desvitalizado de manera selectiva. No solo a nivel mecánico sino también a nivel enzimático produciendo sustancias proteolíticas y analgésicas(4,5)

Otro factor es el tiempo que se tarda en desbridar la zona, aportando diferentes estudios la disminución del mismo con respecto a terapias autolíticas o enzimáticas.

La mayoría de los estudios abordan la efectividad de esta terapia frente a la infección que se produce, eliminando el tejido y produciendo sustancias antibacterianas a través de su saliva. En el estudio realizado por José Contreras et al se observa la mayor disminución de carga bacteriana frente al desbridamiento quirúrgico(6,9).

También se mejoraron la cantidad del exudado y el olor, aunque en este estudio se demostró que los pacientes experimentaron dolor frente a terapias convencionales como el desbridamiento enzimático o autolítico. El uso de la larvaterapia demuestra efecto sobre diferentes tipos de bacterias como *Staphylococcus aureus*, *P aeruginosa* siendo necesaria en esta última su aplicación en repetidas sesiones para una correcta eliminación de la carga bacteriana(6,11).

Entre otros efectos observados se encuentra la mejora del lecho de la herida. La acción mecánica y enzimática que realizan las larvas favorece la mejora de las condiciones necesarias para la perfusión tisular y angiogénesis, mediante la secreción y excreciones favoreciendo la proliferación de fibroblastos creando un tejido de granulación. En diferentes estudios demostraron la aparición de diferentes marcadores biológicos de crecimiento celular como el CD34 y CD68 observando una elevación(7).

Otro uso común es considerar esta terapia como alternativa a los desbridamientos clásicos como el quirúrgico o el enzimático. Su uso se centra en pacientes con pie diabético, úlceras venosas o arteriales que no cicatrizan correctamente demostrando su rapidez y efectividad frente a aquellas en las que, tras semanas, permanece tejido necrótico en el lecho de las heridas. Es cierto que se debe estudiar su coste beneficio para la aplicación tanto hospitalaria como domiciliaria y también considerar su utilización en heridas en zonas comprometidas cerca de vasos o estructuras como la cabeza(8).

Por último, considerar que esta terapia también produjo algunos efectos asociados con respecto a otros tratamientos, siendo el dolor leve a moderado uno de los más recurrentes. La acción de mecánica de las larvas así como el movimiento en el espacio produjeron dolor y ansiedad en los pacientes(5,10), valorando la necesidad de aplicación de diferentes analgésicos así como anestésicos dependiendo de la escala de la OMS. En casos aislados se contabilizaron diferentes tipos de eritema alrededor las heridas, así como fiebre o sangrado mínimo de la zona.

6 Bibliografía

1. Baron Burgos MM, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A, Escarvejal López ME, Martín Espinosa MT, Moh Al-Lal Y, et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas [Internet]. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. 2015. 28–29 p. Available from: https://gneaupp.info/wpcontent/uploads/2015/10/Guia_Prevencion_UPP.pdf%0Ahttp://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/Guia_prevencion_UPP.htm.
2. Mosquera Fernández A, Giralt De Veciana E, González De La Torre H, Fruns JL, Perdomo Pérez E, Carrodegua MV. Aplicación del concepto “preparación del lecho de la herida” en el abordaje local de las lesiones crónicas. 2010;30(3):120–8.
3. Shi E, Shofler D. Maggot debridement therapy: A systematic review. *Br J Community Nurs*. 2014;19(December):S6–13.
4. Dumville JC, Worthy G, Bland JM, Cullum N, Dowson C, Iglesias C, et al. Larval therapy for leg ulcers (VenUS II): Randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;338(7702):1047–9.
5. Davies CE, Woolfrey G, Hogg N, Dyer J, Cooper A, Waldron J, et al. Maggots as a wound debridement agent for chronic venous leg ulcers under graduated compression bandages: A randomised controlled trial. *Phlebology*. 2015;30(10):693–9.
6. Malekian A, Esmaeeli Djavid G, Akbarzadeh K, Soltandallal M, Rassi Y, Rafnejad J, et al. Efficacy of Maggot Therapy on *Staphylococcus aureus* and *Pseudomonas aeruginosa* in Diabetic Foot Ulcers: A Randomized Controlled Trial. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2019;46(1):25–9.
7. Sun X, Chen J, Zhang J, Wang W, Sun J, Wang A. Maggot debridement therapy promotes diabetic foot wound healing by up-regulating endothelial cell activity. *J Diabetes Complications* [Internet]. 2016;30(2):318–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.11.009>.
8. Sherman RA. Maggot therapy for treating diabetic foot ulcers unresponsive to conventional therapy. *Diabetes Care*. 2003;26(2):446–51.
9. Paul AG, Ahmad NW, Lee H, Ariff AM, Saranum M, Naicker AS, et al. Maggot debridement therapy with *Lucilia cuprina*: A comparison with conventional debridement in diabetic foot ulcers. *Int Wound J*. 2009;6(1):39–46.
10. Figueroa R. L, Uherek F, Yusef P, López L, Flores J. Experiencia de terapia larval en pacientes con úlceras crónicas. *Parasitol Latinoam*. 2006;61(3–4):160–4.
11. Contreras Ruíz J, Fuentes Suárez A, Arroyo Escalante S, Moncada Barron D,

Sosa de Martínez M, Maravilla Franco E, et al. Estudio comparativo de la eficacia de la larvaterapia (LT) para desbridar y controlar la carga bacteriana en úlceras venosas comparado con desbridamiento quirúrgico y aplicación de un antimicrobiano tópico.

Gac Med Mex. 2016;152(2):78–87.

Capítulo 146

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE RIÑÓN

LAURA FLORES DECHADO

ARÁNZAZU SÁNCHEZ NIETO

1 Introducción

El trasplante de riñón es un procedimiento médico en el cual un riñón sano es retirado de un donante vivo o fallecido y se coloca en un receptor que padece insuficiencia renal crónica o aguda. Este procedimiento es vital para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal avanzada.

El trasplante de riñón se considera el tratamiento de elección para muchos pacientes con enfermedad renal terminal, ya que ofrece una mejor calidad de vida en comparación con la diálisis, un tratamiento que solo sustituye parcialmente la función renal.

El proceso de trasplante de riñón implica una cuidadosa evaluación médica y compatibilidad entre el donante y el receptor, que puede ser un familiar, amigo o un donante fallecido. Después de la cirugía, se requiere terapia inmunosupresora para prevenir el rechazo del órgano trasplantado. Los receptores deben someterse a seguimiento médico a largo plazo para garantizar el buen funcionamiento del nuevo riñón y para tratar cualquier complicación que pueda surgir.

Los beneficios del trasplante renal incluyen una mejor calidad de vida, eliminación de la necesidad de diálisis y una mayor esperanza de vida. Sin embargo, existen desafíos, como la escasez de órganos disponibles y los riesgos asociados con la inmunosupresión.

El trasplante de riñón es un procedimiento crucial que ofrece una nueva oportunidad de vida a personas con enfermedad renal terminal al reemplazar un riñón dañado por uno sano, aunque presenta desafíos que deben abordarse para maximizar el éxito a largo plazo.

2 Objetivos

- Describir las funciones del enfermero en el trasplante de riñón.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 proceso de trasplante de riñón es fundamental para garantizar el éxito de la cirugía y el bienestar del paciente antes y después del procedimiento. A continuación, se describen las principales funciones del enfermero en el trasplante de riñón:

Evaluación y preparación preoperatoria: El enfermero desempeña un papel esencial en la evaluación preoperatoria del paciente receptor. Esto implica recopilar información médica, realizar exámenes físicos y psicosociales, y coordinar pruebas de laboratorio y estudios radiológicos para garantizar que el paciente esté en las mejores condiciones para la cirugía.

Educación al paciente: Los enfermeros proporcionan información detallada al paciente y a su familia sobre el proceso de trasplante, los riesgos y beneficios, así como las expectativas postoperatorias. Esto incluye la importancia de la adherencia a la terapia inmunosupresora y el seguimiento médico a largo plazo.

Coordinación del donante y receptor: Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la coordinación entre el donante y el receptor, asegurando la compatibilidad y el sincronismo de la cirugía. Esto implica la comunicación efectiva con

el equipo quirúrgico y el equipo de obtención de órganos.

Asistencia en la sala de operaciones: Durante la cirugía de trasplante de riñón, los enfermeros proporcionan apoyo al equipo quirúrgico al preparar al paciente, monitorear signos vitales y asegurarse de que se mantengan condiciones estériles en la sala.

Cuidados postoperatorios: Después de la cirugía, los enfermeros vigilan de cerca al paciente en la unidad de cuidados intensivos o en una sala de recuperación. Controlan los signos vitales, administran medicamentos y se aseguran de que el riñón trasplantado funcione correctamente.

Manejo de complicaciones: Los enfermeros están capacitados para identificar y manejar complicaciones postoperatorias como rechazo del injerto, infecciones o problemas de coagulación. Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para abordar estas situaciones de manera oportuna.

Educación continua y apoyo emocional: Los enfermeros brindan apoyo emocional constante al paciente y a su familia a lo largo del proceso. También educan al paciente sobre la importancia de seguir un estilo de vida saludable, incluyendo la dieta y el ejercicio, para mantener la salud renal a largo plazo.

Los enfermeros desempeñan un papel multifacético en el proceso de trasplante de riñón, desde la evaluación inicial hasta la atención postoperatoria y el apoyo continuo. Su compromiso con la atención integral y la educación del paciente es esencial para el éxito a largo plazo de este procedimiento vital.

5 Discusión-Conclusión

El enfermero desempeña un papel crucial en el éxito del trasplante de riñón al brindar recomendaciones fundamentales. En primer lugar, es esencial asegurarse de que el paciente comprenda la importancia de seguir al pie de la letra las indicaciones médicas y la terapia inmunosupresora. Esto implica tomar los medicamentos exactamente como se prescriben y mantener un estricto horario. La adherencia a la medicación es vital para prevenir el rechazo del riñón trasplantado.

En segundo lugar, se debe fomentar un estilo de vida saludable. Los enfermeros deben alentar al paciente a mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio regularmente y evitar el tabaco y el consumo excesivo de alcohol. Estos hábitos promueven la salud renal a largo plazo y reducen los riesgos de complicaciones.

Además, se debe destacar la importancia de asistir a las citas de seguimiento médico para monitorear la función renal y abordar cualquier problema de manera temprana. El enfermero actúa como un recurso invaluable para el paciente, brindando apoyo y educación constante para garantizar el éxito del trasplante de riñón.

6 Bibliografía

- Granoble, G. J. M., Martínez, M. A. G., Orozco, C. L. R., Hernández, C. A. S., Toledo, L. B. S., & Malpica, D. M. R. (2019).
- Competencias del ser y hacer en enfermería: revisión sistemática y análisis empírico. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(2).

Capítulo 147

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE HÍGADO

LAURA FLORES DECHADO

ARÁNZAZU SÁNCHEZ NIETO

1 Introducción

El trasplante de hígado es un procedimiento médico complejo y vital en el cual un hígado dañado o enfermo es reemplazado por un hígado sano de un donante fallecido o, en algunos casos, de un donante vivo. Este procedimiento se realiza en pacientes con enfermedades hepáticas avanzadas que amenazan su vida y que no pueden ser tratadas de manera efectiva con otras opciones médicas o quirúrgicas.

La evaluación exhaustiva del paciente y la identificación de un donante compatible son pasos críticos en el proceso de trasplante de hígado. La compatibilidad se basa en factores como el tipo de sangre y la compatibilidad de tejidos para minimizar el riesgo de rechazo del órgano trasplantado.

Una vez completada la cirugía, los pacientes requieren atención y seguimiento continuo por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que incluye enfermeros, médicos y especialistas en trasplantes. La terapia inmunosupresora se utiliza para prevenir el rechazo del nuevo hígado, y los pacientes deben seguir estrictamente su régimen de medicamentos y someterse a análisis de sangre regulares para monitorear la función hepática y la respuesta al tratamiento.

El trasplante de hígado ha demostrado ser una opción eficaz para mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia en pacientes con enfermedades hepáticas avanzadas. Sin embargo, debido a la escasez de donantes y a los riesgos asociados con la inmunosupresión, es fundamental que los pacientes y sus equipos médicos trabajen en conjunto para garantizar el éxito a largo plazo de este procedimiento crucial.

2 Objetivos

- Describir funciones del enfermero en el trasplante de hígado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 trasplante de hígado es esencial para garantizar la seguridad y el cuidado integral del paciente antes, durante y después de la cirugía. Aquí se describen las principales funciones del enfermero en este proceso altamente especializado:

Evaluación y preparación preoperatoria: Los enfermeros desempeñan un papel fundamental al evaluar al paciente receptor y coordinar pruebas diagnósticas para asegurar que esté en condiciones óptimas para la cirugía. Esto incluye la revisión de la historia clínica, la evaluación de la función hepática y la realización de exámenes físicos.

Coordinación del donante y receptor: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para coordinar la logística del trasplante, asegurando la compatibilidad entre donante y receptor y garantizando la sincronización adecuada de la cirugía.

Asistencia en la sala de operaciones: Durante la cirugía, los enfermeros tienen

la responsabilidad de preparar al paciente, monitorear signos vitales y ayudar al equipo quirúrgico en la realización de la intervención, manteniendo un ambiente estéril y seguro.

Cuidados postoperatorios intensivos: Después de la cirugía, los enfermeros cuidan al paciente en la unidad de cuidados intensivos, donde monitorean constantemente la función hepática, la estabilidad hemodinámica y la respuesta a los medicamentos inmunosupresores. También se encargan de la gestión del dolor y la prevención de complicaciones.

Educación al paciente y a la familia: Los enfermeros proporcionan información detallada sobre los cuidados posteriores al trasplante, la terapia inmunosupresora y la importancia del seguimiento médico continuo. Esta educación es esencial para asegurar la adherencia del paciente a las indicaciones médicas y prevenir el rechazo del órgano trasplantado.

Seguimiento a largo plazo: Los enfermeros desempeñan un papel continuo en el cuidado del paciente, realizando seguimiento a largo plazo para evaluar la función hepática, gestionar las complicaciones y brindar apoyo emocional.

Coordinación del alta y la transición: Cuando el paciente está lo suficientemente estable, los enfermeros coordinan el alta hospitalaria y ayudan en la transición hacia el cuidado ambulatorio, asegurándose de que el paciente esté bien informado sobre los cuidados en el hogar y los medicamentos necesarios.

Los enfermeros en el trasplante de hígado desempeñan un papel multifacético que abarca desde la evaluación inicial hasta el cuidado a largo plazo. Su experiencia y atención centrada en el paciente son fundamentales para el éxito de este procedimiento complejo y vital.

5 Discusión-Conclusión

El enfermero tiene un papel esencial en asegurar un buen funcionamiento del trasplante de hígado. En primer lugar, es crucial que el paciente y su familia comprendan la importancia de la adherencia estricta a la terapia inmunosupresora prescrita. Los medicamentos deben tomarse rigurosamente según las indicaciones médicas, ya que esto evita el rechazo del nuevo hígado. El enfermero debe educar al paciente sobre los efectos secundarios y la importancia de no omitir dosis.

En segundo lugar, se debe promover un estilo de vida saludable. Los enfermeros deben enfatizar la necesidad de una dieta balanceada, la abstención del alcohol y evitar el tabaco. El ejercicio regular también es beneficioso. Estos hábitos ayudan a mantener la salud hepática a largo plazo y reducen los riesgos de complicaciones. Además, se recomienda al paciente que asista a todas las citas de seguimiento médico para evaluar la función hepática y abordar cualquier problema de manera temprana. El compromiso y la colaboración del paciente con el equipo médico son esenciales para un trasplante de hígado exitoso.

6 Bibliografía

1.Granoble, G. J. M., Martínez, M. A. G., Orozco, C. L. R., Hernández, C. A. S., Toledo, L. B. S., & Malpica, D. M. R. (2019). 2.Competencias del ser y hacer en enfermería: revisión sistemática y análisis empírico. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(2).

Capítulo 148

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER CENTRAL INSERTADO POR VÍA PERIFÉRICA (PICC)

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

CARLOS VERA HERVÁS

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El catéter central colocado por vía periférica, comúnmente conocido como PICC, es una sonda larga que se inserta en una vena en una extremidad superior, y cuyo extremo termina en una vena de gran calibre próxima al corazón. Es una herramienta muy útil en el ámbito sanitario, destinada a pacientes que necesitan tratamiento intravenoso a largo plazo, para extraer muestras de sangre o para poder monitorizar la Presión Venosa Central (PVC), disminuyendo así el número de pinchazos recibidos y sus posibles consecuencias. Otros usos son la posibilidad de administrar fármacos irritantes, drogas vasoactivas (como la noradrenalina o la dobutamina), antibioterapia o el uso de nutrición parenteral según la pauta médica. Su uso es muy recomendable en pacientes oncológicos para facilitar la administración de su tratamiento y disminuir las tasas de infección. Las Guías

de Práctica Clínica recomiendan el uso de este acceso venoso central un plazo de 4 semanas hasta los 6 meses. Pueden surgir complicaciones como trombosis, celulitis o infecciones, aunque en muy bajo porcentaje.

Esta canalización venosa central es llevada a cabo por el equipo de enfermería mediante una técnica aséptica, donde mediante el uso del ecógrafo y la punción de la vena cefálica o basílica se accede al torrente sanguíneo.

2 Objetivos

- Relatar los cuidados de enfermería necesarios para el mantenimiento del catéter central de inserción periférica llevados a cabo por el personal de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica online en las bases de datos Medline y Pubmed, sin restricción de idioma, usando artículos de habla castellana e inglesa; y fechados de 2020 en adelante.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería llevados a cabo para el mantenimiento del catéter venoso central de acceso periférico consisten en el lavado del catéter y del cambio y limpieza del apósito. Ambas técnicas son llevadas a cabo por el personal de enfermería de atención primaria, realizando una cura con técnica aséptica. La primera cura se realiza a las 48 horas de la inserción del catéter, después semanalmente, hasta que se permita poder realizar la cura cada 21 días aproximadamente.

LAVADO DE CATÉTER

Primero se debe preparar el campo estéril donde se va a depositar todo el material necesario para realizar el lavado y cambio de apósito.

El lavado del catéter consiste en la extracción de sangre de ambas luces, donde primero se retiran los tapones (que serán cambiados por unos nuevos), se deben limpiar las conexiones con toallitas de clorhexidina y se despinza la luz que vamos a limpiar.

Una vez despinzada, se retira el citrato (heparina) que sella el catéter. Después se retiran 5 ml de sangre para eliminar los residuos subyacentes. Para limpiar esa sangre, se administra suero salino fisiológico con la técnica Push- Stop, creando

una presión positiva que ayudará a la limpieza del catéter para su uso posterior. Para finalizar, se sella la luz del catéter con heparina. Se pinza la luz del catéter, se limpia la conexión de nuevo y se ponen los nuevos tapones. Se debe repetir el proceso en todas las luces.

CAMBIO DE APÓSITO

El cambio de apósito deber realizarse cada semana, aunque habrá que cambiarlo antes si este se ensucia o se humedece.

El catéter es de acceso central, por lo que es imprescindible que esta técnica sea lo más estéril posible para evitar futuras infecciones como la flebitis.

Con guantes estériles, se debe retirar el apósito anterior. Se lava la zona con suero salino fisiológico alrededor de todo el catéter. Después se usará clorhexidina para desinfectar la zona, y esperaremos a que se seque para poder colocar correctamente el apósito nuevo. Una vez se coloca el nuevo apósito, debemos anotar la fecha para tenerlo en cuenta para la siguiente cura.

5 Discusión-Conclusión

El PICC es una gran herramienta que facilita el acceso venoso para los pacientes con necesidad de medicación intravenosa irritante o nutrición parenteral. Es muy usado en pacientes oncológicos.

La labor de los profesionales de la salud, y en concreto del personal de enfermería es mantener en óptimas condiciones este acceso venoso central. Además, debemos educar a los pacientes para el correcto cuidado del PICC y su uso en su vida diaria, y advertir de las posibles complicaciones o problemas que pueden ocurrir, y que, por tanto, deberán acudir a su centro de salud de referencia. Entre los síntomas de alarma podemos encontrar fiebre, mareos, sangrado, dolor o enrojecimiento cercano al catéter.

6 Bibliografía

1. Santos FKY, Flumignan RLG, Areias LL, Sarpe AKP, Amaral FCF, Ávila RB de, et al. Peripherally inserted central catheter versus central venous catheter for intravenous access: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 [citado 3 de octubre de 2023];99(30):e20352. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32791657/>
2. Inserción de catéter central colocado por vía periférica [Internet]. Medlineplus.gov. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000461.htm>

3. Estrada-Orozco K, Cantor-Cruz F, Larrota-Castillo D, Díaz-Ríos S, Ruiz-Cardozo MA. Inserción y mantenimiento del catéter venoso central: recomendaciones clínicas basadas en la evidencia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado 3 de octubre de 2023];71(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32770871/>
4. Cambio de apósito para catéter venoso central [Internet]. Medlineplus.gov. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000156.htm>
5. Lavado del catéter central colocado por vía periférica [Internet]. Medlineplus.gov. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000159.htm>
6. El Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) se recomienda como sistema de acceso venoso en los pacientes con tratamiento oncológico [Internet]. Oncoavanze. 2021 [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.oncoavanze.es/news/el-cateter-central-de-insercion-periferica-se-recomienda-como-sistema-de-acceso-venoso-en-los-pacientes-con-tratamiento-oncologico/>

Capítulo 149

EL MASAJE PERINEAL COMO PRIMERA MEDIDAS PREVENTIVA PARA REDUCIR EL TRAUMA PERINEAL EN EL MOMENTO DEL PARTO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

1 Introducción

El trabajo del parto y el nacimiento representan el final del embarazo, el inicio de la vida para el recién nacido y un gran cambio en la vida familiar. Un problema que puede surgir durante el parto es el trauma perineal: es la lesión de una o varias estructuras del sistema músculo-esquelético que conforma el suelo de la pelvis.

Se divide en cuatro categorías según la zona afectada: tipo I cuando afecta a la mucosa o la piel; tipo II cuando afecta al músculo; tipo III cuando afecta al esfínter anal; y tipo IV si afecta a la mucosa rectal. El desgarro de tipo I y tipo II son producidos al realizar una episiotomía.

El impacto que el trauma perineal causa sobre la mujer puede ser desde molestias a la hora de la micción hasta incontinencia fecal y coito doloroso (en el caso de los

tipos III y IV). Estas molestias pueden durar días o años (en los casos más graves). Existen diversos métodos o técnicas que nos ayudan a prevenirlo, aunque no existen evidencias claras de la efectividad de cada una de ellas.

Estas técnicas son: masaje perineal durante el embarazo y el parto, aplicación de calor/frío, posición de la mano durante el nacimiento, anestésico local con spray, deflexión de la cabeza y episiotomía.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este trabajo son:

- Determinar la relación entre traumatismo perineal y las técnicas utilizadas para prevenirlo durante el período del parto.
- Valorar los beneficios y complicaciones de las técnicas utilizadas para prevenir el trauma perineal de la mujer durante el parto.

3 Metodología

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

4 Resultados

El periné es la zona que abarca desde los órganos sexuales externos en caso de la mujer, la vagina hasta el ano. Si a esta zona sumamos el conjunto de músculos y estructuras internas es lo que conocemos como suelo pélvico.

Durante el embarazo y durante el parto, especialmente son dos situaciones en el que el suelo pélvico de la mujer se ve comprometido. Dichos momentos son de gran estrés y precisan de una preparación particular para prevenir las lesiones en forma de desgarros, prolapsos, cicatrices de cortes, entre otras.

Existen medidas que hay que evidenciar que la episiotomía debe practicarse de forma restrictiva.

Como medida principal tenemos el masaje perineal, es la más globalizada a efectos de resultados. Hablamos de masaje perineal, aquel para ablandar y estirar la

piel y tejidos del periné con el objetivo de que todo el periné aumente su elasticidad y adopte condiciones óptimas para poder llevar a cabo el período expulsivo del parto.

Se realiza durante el embarazo, a partir de la semana 34-35 de gestación y durante la etapa de dilatación durante el parto, ya que es la medida más ventajosa en la prevención de complicaciones y tratamiento de los desgarros de primer y segundo grado.

Se distinguen dos etapas de realizarlo, en ambas se debe de utilizar algún tipo de aceite:

- Primera etapa: el masaje se realiza de forma externa. En ella se engloban los movimientos en forma de “H”, horquilla valvular, periné anterior y periné posterior.
- Segunda etapa: el masaje se realiza de forma interna. Ambos dedos dentro de la vagina y movimientos en horquilla valvular.

Diversos estudios destacan mayor efectividad de masajes en mujeres primíparas o multiparas cuando el parto no haya sido vía vaginal.

Hay que resaltar el papel de los profesionales sanitarios para la enseñanza, educación a cabo de esta técnica. Hoy en día, existen terapias en grupo o de manera individual impartidas por personal de enfermería y de fisioterapia enfocadas a realizar y enseñar el masaje perineal.

Otras medidas secundarias pueden ser:

Movilización activa: básculas pélvicas: consiste en realizar movimientos de retroversión y anteversión pélvica. Se ha visto que este movimiento si se realiza en una pelota de Fitball ayuda al bebe a adoptar la posición adecuada y definitiva para el momento del parto.

Aplicación calor/frío: Aplicación de compresas calientes (a una temperatura de 45 °C) sobre el perineo en la segunda etapa del parto. Este método hace que el periné se ablande y ceda ante los movimientos para producir un desgarro menor.

Posición de la mano durante el nacimiento: Con una mano se sujeta la cabeza fetal y el periné se adapta a la salida de la cabeza; con la otra mano nos ayudamos de un paño o compresa apoyada sobre el periné y se hace presión. Tiene como objetivo que el periné se adapte a la cara y al mentón del recién nacido (RN) y evitar la rotura de este.

Anestésico local: Aplicar lidocaína en forma de spray para reducir el dolor perineal y evitar desgarro perineal durante el parto vaginal espontáneo. No se recomienda utilizar en la segunda etapa del parto.

Deflexión de la cabeza: Tiene como objetivo ralentizar la fase de expulsión de la cabeza del RN controlando la deflexión de la cabeza e indicando a la mujer que

no empuje, para así poder proteger el periné.

Episiotomía: Incisión en el periné para aumentar el tamaño de la abertura vaginal en el periodo expulsivo del parto y prevenir desgarros perineales graves (de grado III y IV).

5 Discusión-Conclusión

Es interesante destacar:

- Es un procedimiento fácil y sencillo de realizar tras una formación previa.
- Realizar el masaje perineal a partir de la semana 34-35 de embarazo es un instrumento que ayuda a reducir las probabilidades de tener que realizar una episiotomía en el momento del parto.
- El masaje perineal es un factor protector de los desgarros perineales.
- El masaje es más efectivo en mujeres primíparas o en multiparas que han tenido un parto previo vía no vaginal.
- Muy importante formar a los diversos profesionales para que puedan realizar su tarea de manera correcta para evitar este trauma a la mujer.

6 Bibliografía

- 1.Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 1ª Ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
- 2.Ballesteros C. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la región de Murcia [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
- 3.Medline Plus [Internet]. Rockville Pike. U.S. National Library of Medicine. [actualizado 6 Nov 2014; citado 3 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm>
- 4.Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ. 2001; 322:1277-1280.

Capítulo 150

LESIONES DE ALMACENAMIENTO EN CONCENTRADOS DE HEMATÍES ¿QUÉ ES? ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS Y SUS CONSECUENCIAS? Y ¿CÓMO PREVENIRLO?

MARÍA MORA CORRAL

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

JULIA GARRIDO PÉREZ

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

1 Introducción

La transfusión de concentrados de hematíes está muy extendida. Para la realización de dichas transfusiones el tejido sanguíneo donado debe sufrir, previamente unos procesos de recolección, procesamiento y almacenamiento concretos y adecuados para que el componente trasfundido al paciente se encuentre en condiciones óptimas de calidad, de manera que la seguridad de la transfusión sea la máxima posible y los riesgos derivados de esta sean minimizados. Entre estos componentes sanguíneos se encuentran los concentrados de hematíes, los

cuales pueden ser almacenados durante 42 días, bajo unas condiciones concretas. Conforme aumenta el tiempo de almacenamiento, el efecto más importante es la pérdida progresiva de la viabilidad; esto se asocia a las lesiones de almacenamiento. Las lesiones de almacenamiento afectan tanto a la morfología de las células, como a la función biológica a la que están destinadas, interrumpiendo las señales de comunicación, por ejemplo, entre la retención/ liberación de oxígeno por parte del eritrocito.

En los centros de transfusión de sangre se realiza una separación del concentrado de glóbulos rojos, sobre los que asimismo se produce una filtración de leucocitos, normalmente así como una separación de las plaquetas. Los eritrocitos aislados se almacenan en condiciones de temperatura situada entre 1 a 6 °C, durante un máximo de tiempo de 3 a 7 semanas. La lesión por almacenamiento se produce en condiciones en las que las unidades de concentrados de hematíes superan las 7 semanas de almacenamiento o bien en condiciones de temperatura inadecuadas. En dicha lesión se genera una lisis en la población de glóbulos rojos. Por ello esta percepción proporciona una visión acerca de las posibles implicaciones clínicas a través del examen de los elementos causales, el daño a los glóbulos rojos, las consecuencias in vitro y en modelos animales, y en las secuelas clínicas asociadas. Por ello es necesario el conocimiento de las causas y las consecuencias desencadenantes de dicha situación, así como los cambios que ocurren con el almacenamiento de glóbulos rojos, para poder diseñar sistemas de almacenamiento óptimos y regular el almacenamiento de manera más efectiva. De este modo las estrategias de prevención requeridas para evitar dichas circunstancias serán más efectivas.

2 Objetivos

Proporcionar conocimientos acerca de qué es la lesión por almacenamiento de Concentrados de Hematíes

Conocer las causas que lo generan y las consecuencias clínicas en el paciente.

Dispensar estrategias que permitan realizar trasfusiones seguras y reafirmar la calidad de los elementos trasfundidos para prevenir riesgos indeseados derivados de la transfusión de concentrados de hematíes

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para la cual, se realiza una búsqueda bibliográfica por diferentes bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Enfispo. Se

establecen, previamente unos tesauros de búsqueda a través de la terminología procedente de los vocabularios Descriptores de Ciencias de la Salud (Decs) y Medical Subject Subheadings (MeSH) en los idiomas español e inglés; así como palabras clave que aparecerán en la estrategia de búsqueda. Seguidamente, fueron escogidos los siguientes términos clave para la realización de la búsqueda bibliográfica: (storage) y (blood component transfusion[MeSH Terms]), combinados junto con el operador booleano AND. Como criterios de inclusión se escogen artículos a texto completo en los idiomas inglés y español; asimismo, se escogieron revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. Como criterio de exclusión se estableció la eliminación de aquellos artículos que no se relacionaban con los objetivos establecidos en este trabajo. Se eliminaron, además artículos repetidos entre las diferentes bases de datos.

4 Resultados

La muestra final de artículos seleccionados fue de 3.

Hallazgos

Los bancos de sangre consisten en servicios responsables de los procesos peritransfusionales. En ellos, se trata de mantener los beneficios de la transfusión que pueden llegar a salvar vidas a los pacientes que lo precisa, de forma que los componentes sanguíneos estén disponibles, y estos sea sean seguros, eficaces y eficientes. Los bancos de sangre intentan maximizar la entrega de sangre de los donantes adecuados a los pacientes adecuados de la forma más oportuna posible. Para ello, para garantizar la disponibilidad de componentes sanguíneos seguros, se deberá tener un inventario adecuado en todo momento.

Agencias reguladoras, tales como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), generan recomendaciones y directrices que garantizan que los productos sanguíneos trasfundidos sean seguros y eficaces. Estas tratan de asegurar la eficacia a través de demostraciones de que una fracción razonable de glóbulos rojos sobrevive tras el almacenamiento. No obstante, la fracción razonable para los glóbulos rojos viables es del 75%.

Se requiere una comprensión de la biología básica y mejores pruebas en las que basar mejores estándares. Al comprender mejor los cambios que suceden en el almacenamiento de glóbulos rojos, se podrían diseñar mejores sistemas de almacenamiento, regular el almacenamiento de manera más efectiva, y podríamos realizar controles para asegurar aún más la seguridad de la sangre.

Por tanto, la degradación paulatina de varios componentes de concentrados de hematíes, denominada comúnmente como lesión por almacenamiento, tiene lu-

gar durante el almacenamiento, el cual deberá tener lugar en condiciones hipotérmico lo que genera una vida útil de, máximo, 7 semanas. Esto proporciona una visión generalizada acerca de la lesión por almacenamiento de glóbulos rojos y las potenciales implicaciones clínicas.

Características de la lesión por almacenamiento y posteriores consecuencias.

Varios ensayos controlados aleatorios recientes apuntan a que la transfusión de concentrados de hematíes más frescos disponibles no disminuye el riesgo de mortalidad en varias categorías de pacientes receptores. No obstante la literatura recoge diferentes secuelas clínicas vinculadas a la transfusión de glóbulos rojos, así como un posible vínculo entre la etiología de lesión por almacenamiento y reacciones adversas de la transfusión

La temperatura de almacenamiento por sí sola afecta negativamente a las bombas de protones y la desregulación de la homeostasis de los iones (por ejemplo, calcio) afecta la actividad quinasa y la señalización metabólica.

Cuando los glóbulos rojos almacenados son trasfundidos, una pequeña fracción de células dañadas mecánicamente puede hemolizarse a nivel intravascular tras la transfusión, la mayoría de los eritrocitos dañados disponen de una serie de marcadores denominados de eriptosis, que generan una respuesta inmune en la cual estos son fagocitados a nivel extravascular por los macrófagos. Asimismo, los mecanismos de apoptosis pueden tener lugar durante el almacenamiento de dichos componentes, dando lugar a la eriptosis (muerte programada de eritrocitos). En líneas generales, la fracción de células destruidas aumenta según la duración del almacenamiento, siendo desde alrededor del 6% en la primera semana, hasta el 11% tras las 6 semanas de almacenamiento.

Normalmente, solo se elimina 1 ml de glóbulos rojos dañados cada hora, la transfusión de una unidad de hematíes con gran proporción de hematíes dañados puede llegar a saturar tanto el sistema inmunológico por el cual los eritrocitos son fagocitados como la capacidad de la transferrina (encargada de captar el hierro), liberando así NTBI (Hierro no unido a transferrina) a la circulación, lo que puede provocar mayor facilidad de proliferación bacteriana. Las consecuencias dañinas del NTBI no controlado en la circulación se magnifican con múltiples transfusiones de unidades y con concentrados de hematíes almacenadas por un tiempo prolongado, lo cual implica con un mayor porcentaje de células no viables. En aquellos pacientes que reciben transfusiones crónicas, la capacidad del receptor para manejar el exceso de hierro procedente de los glóbulos rojos no viables incluidos en cada unidad de transfusión se ve aún más saturada, generando sobrecarga de hierro en los tejidos y la consiguiente disfunción de los órganos. La ferril-hemoglobina, producto de oxidación de la metahemoglobina por ROS, tam-

bién es un agonista proinflamatorio que también puede causar daño endotelial. Los eritrocitos almacenados transfundidos pueden provocar una respuesta proinflamatoria por las citoquinas, eicosanoides y hemo-libre dentro de una unidad, así como por el NTBI por hemólisis extravascular en el receptor. Las lesiones por almacenamiento también promueven la adhesión a las células endoteliales y cambios en la coagulabilidad. Estos efectos pueden dañar el revestimiento endotelial y provocan fugas capilares. Además de la naturaleza proinflamatoria de los glóbulos rojos almacenados, también se han descrito efectos inmunomoduladores, atribuidos al NTBI.

Estas lesiones por almacenamiento generan una serie de desórdenes fisiológicos que pueden causar secuelas clínicas importantes.

Entre dichos desórdenes fisiológicos hallamos:

- Hemólisis intravascular
- Hemólisis extravascular
- Sobrecarga de hierro
- Proliferación bacteriana
- Vasoconstricción
- Aporte de oxígeno tisular deficiente
- Adhesión endotelial
- Daño endotelial
- Hipercoagulación
- Inflamación
- Inmunomodulación

Las secuelas que de estos cambios fisio-patológicos consisten en:

- Fallo multiorgánico (hepático, cardíaco, pulmonar, renal)
- Infección (sepsis)
- Tromboembolismo
- Delirium
- Reacciones hemolíticas
- Aloinmunización

Medidas para reducir las lesiones por almacenamiento.

En EE.UU. y Europa, la autorización de los sistemas de almacenamiento de glóbulos rojos se ha basado en medidas de viabilidad e integridad física de las células almacenadas 4 . La viabilidad de los glóbulos rojos normalmente se mide como la fracción de células que al final del almacenamiento pueden circular. La integridad física, una condición necesaria pero no suficiente para la viabilidad, se mide como hemólisis fraccionada y se analizará en la siguiente sección.

A pesar de los esfuerzos realizados para evaluar si se deben utilizar glóbulos rojos “viejos” frente a “frescos” en un régimen de transfusión, esto todavía es un tema de debate, simplemente porque no ha habido consenso sobre la cohorte del estudio o en la evaluación de las consecuencias y parámetros clínicos . deben medirse en tales estudios, y hasta ahora se han presentado resultados contradictorios. También es importante reconocer la variación entre donantes (debido a factores genéticos, sexo y hábitos sociales como fumar y dieta) y la posibilidad de que el almacenamiento prolongado exponga los glóbulos rojos a condiciones de estrés no fisiológico, influya en el medio/recipiente de almacenamiento y puede amplificar los efectos de las manifestaciones patológicas subclínicas. Cabe destacar que, dado que la leucorreducción de eritrocitos se introdujo como procedimiento estándar en la preparación de unidades de eritrocitos, un mayor riesgo de explosión de citoquinas y aloinmunización no es una justificación para utilizar eritrocitos frescos. Sin embargo, hoy en día existe un consenso general para aplicar una estrategia de transfusión de glóbulos rojos frescos en aquellos pacientes que requieren transfusiones frecuentes, simplemente porque reducen el número de unidades de glóbulos rojos necesarias, disminuyendo así los riesgos generales relacionados con las transfusiones .

Estrategias de prevención en la conservación de glóbulos rojos

Por ello se realizarán esfuerzos dedicados a la mejora de la vida útil, pero también a la calidad de los concentrados de hematíes durante su procesamiento y almacenamiento.

Crioconservación

El almacenamiento de glóbulos rojos a temperaturas bajas detiene el metabolismo celular, previniendo el deterioro progresivo causante de la lesión por almacenamiento de glóbulos rojos, permitiendo la conservación de unidades de glóbulos rojos durante períodos prolongados. Por otra parte, la criopreservación no parece ser perjudicial para la deformabilidad de los eritrocitos.

Almacenamiento anaeróbico

El daño oxidativo ocurre en los primeros 7 a 14 días de almacenamiento de los eritrocitos. Además, la tecnología de irradiación gamma e inactivación de patógenos produce las especies reactivas de oxígeno (ROS) que inducen la oxidación de los glóbulos rojos, lo que conduce a una reducción de la deformabilidad y la supervivencia de los glóbulos rojos.

Se ha planteado la hipótesis de que el almacenamiento anaeróbico atenuaría significativamente el daño a los glóbulos rojos dependiente del oxígeno, y tendría ventajas sobre el almacenamiento convencional (aeróbico). A su vez, el almacenamiento anaeróbico de glóbulos rojos disminuye la tasa general de de-

sarrollo de lesiones por almacenamiento (hemólisis, producción de vesículas y exposición a fosfatidilserina). Además, los eritrocitos almacenados anaeróbicamente mostraron una reducción significativa en el número de eritrocitos poco deformables.

5 Discusión-Conclusión

Fuera de la circulación del donante y almacenados en el refrigerador, los glóbulos rojos sufren lesiones por almacenamiento. La reciente aplicación de tecnologías ha puesto a disposición grandes cantidades de nueva información, aportando prácticas requeridas en el desarrollo de lesiones por almacenamiento. Sin embargo, incluso con la relativa abundancia actual de datos, tal tarea no sería fácil, ya que existe una amplia variabilidad genética en el rendimiento de los glóbulos rojos de los donantes en condiciones de almacenamiento hipotérmico.

Existe una evidencia que sugiere que las respuestas fisiológicas a la transfusión de glóbulos rojos dañados están afectando negativamente a los receptores.

Sin embargo, es difícil establecer de manera inequívoca un vínculo directo entre la transfusión de glóbulos rojos y lesiones de almacenamiento concretas. Además, los resultados negativos observados en diversos receptores con diferentes indicaciones de terapia transfusional complica aún más su determinación por la comorbilidad preexistente, así como por la variabilidad genética en las respuestas del paciente a la transfusión.

Los ECA a gran escala publicados sobre la edad de los eritrocitos no aportan evidencia concreta que garantizar la seguridad de la exposición a eritrocitos con una alta carga de lesiones por almacenamiento en receptores de transfusiones masivas o crónicas. Debido a estas consideraciones, más estudios serán requeridos para determinar los diferentes factores implicados en dicho proceso de lesiones por almacenamiento.

Finalmente, las estrategias de prevención van orientadas a los métodos de conservación y a tipo de envase en el que se almacenará dicho producto sanguíneo. De esta forma el personal del banco de sangre correspondiente, incluido el personal de enfermería deberá garantizar las condiciones de calidad de los productos de concentrados de hematíes, respetando tanto sus condiciones de almacenamiento, así como vigilando las fechas de expiración de dichos productos, previamente a la trasfusión de un paciente (escogiendo dicho componente en función de las características del paciente a trasfundir).

6 Bibliografía

1. Villeneuve A, Arsenault V, Lacroix J, Tucci M. Neonatal red blood cell transfusion. *Vox Sang*. 2021 Apr;116(4):366-378. doi: 10.1111/vox.13036. Epub 2020 Nov 27. PMID: 33245826.
2. Tzounakas VL, Kriebardis AG, Seghatchian J, Papassideri IS, Antonelou MH. Unraveling the Gordian knot: red blood cell storage lesion and transfusion outcomes. *Blood Transfus*. 2017 Mar;15(2):126-130. doi: 10.2450/2017.0313-16. PMID: 28263169; PMCID: PMC5336333.
3. Yoshida T, Prudent M, D'alessandro A. Red blood cell storage lesion: causes and potential clinical consequences. *Blood Transfus*. 2019 Jan;17(1):27-52. doi: 10.2450/2019.0217-18. PMID: 30653459; PMCID: PMC6343598.
4. García-Roa M, Del Carmen Vicente-Ayuso M, Bobes AM, Pedraza AC, González-Fernández A, Martín MP, Sáez I, Seghatchian J, Gutiérrez L. Red blood cell storage time and transfusion: current practice, concerns and future perspectives. *Blood Transfus*. 2017 May;15(3):222-231. doi: 10.2450/2017.0345-16. PMID: 28518049; PMCID: PMC5448828.
5. Hess JR. Conventional blood banking and blood component storage regulation: opportunities for improvement. *Blood Transfus*. 2010 Jun;8 Suppl 3(Suppl 3):s9-15. doi: 10.2450/2010.003S. PMID: 20606757; PMCID: PMC2897192.

Capítulo 151

IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE REACCIONES TRANSFUSIONALES

MARÍA MORA CORRAL

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

JULIA GARRIDO PÉREZ

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

1 Introducción

Las transfusiones de hemoderivados constituyen el tipo de trasplante de tejidos más empleado en el ámbito sanitario. Consiste en un tratamiento muy eficaz, que puede resultar vital en el tratamiento de diferentes enfermedades y puede lograr salvar numerosas vidas. Se trata de una técnica de profesionales de enfermería la cual precisa un amplio conocimiento acerca del tema. Por ello, son requeridos protocolos basados en la evidencia que garanticen una adecuada práctica asistencial.

La transfusión de sangre se emplea con frecuencia como apoyo para el tratamiento de la anemia. Se emplean, principalmente Concentrados de Hematíes que permiten mantener los niveles de hemoglobina en un rango adecuado (Hb de 13-16,6 g/dl en varones adultos y Hb 12-15 g/dl en mujeres adultas). La anemia

puede representarse como la clínica principal de diferentes enfermedades hematólogicas o una manifestación secundaria vinculada a varias enfermedades. Los síntomas de la anemia son inespecíficos, y entre ellos, se incluyen fatiga, mareos, vértigo, tinnitus, cefalea, palidez o disnea. Dichos síntomas se asocian, a su vez con una calidad de vida limitada y reducida

A pesar de la vinculación entre la anemia y transfusión, el único efecto demostrado de la transfusión de concentrados de hematíes es la elevación transitoria de la capacidad de transporte de oxígeno a la sangre y, por tanto, no debe considerarse como tratamiento único o definitivo en la corrección de la anemia. Por ello, previamente, debe considerarse el contexto clínico general del paciente. De esta forma, solo algunos tipos de anemia, y en situaciones de gravedad, deberían precisar la transfusión de hematíes, y, a su vez, debería eludirse cuando el paciente mantiene estabilidad clínica y se dispone de un tratamiento específico para dicha anemia. Este planteamiento se describe como el enfoque de transfusión restrictiva

Por otro lado, las terapias de transfusión han sido identificadas como una de las intervenciones más inapropiadamente recurridas, según los informes de diversas Sociedades médicas, como la Junta Estadounidense de Medicina Interna, la Asociación Médica Estadounidense, la Sociedad Estadounidense de Hematología (ASH) y la Asociación Estadounidense de Bancos de Sangre (AABB). Muchas de estas sociedades médicas han publicado recomendaciones para la terapia de transfusión de Concentrados de Hematíes en adultos.

La transfusión de los componentes sanguíneos se asocia con diversas reacciones adversas. Las reacciones transfusionales son definidas como eventos adversos asociados a la transfusión de componentes sanguíneos. Las reacciones transfusionales tienen lugar en cerca del 1% de todas las transfusiones. El rango de severidad de dichas reacciones pueden ir de un grado medio de severidad a, incluso, ser potencialmente mortal. Por ello, un diagnóstico preciso, junto con una serie de medidas preventivas tales como un estudio pretransfusional, así como el aseguramiento de la identificación del paciente a transfundir y una vigilancia en todo el proceso peritransfusional resultan cruciales esta práctica asistencial para evitar y minimizar los riesgos derivados de las transfusiones de componentes sanguíneos.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica que recoja la evidencia actualizada en las pautas y directrices a seguir para garantizar un adecuado circuito transfusional

y así minimizar los potenciales riesgos

- Optimizar la seguridad en la protección de la salud basándose en la mayor evidencia disponible
- Recoger y resumir las diversas reacciones transfusionales existentes, así como los síntomas derivados de estos, y las medidas a seguir para prevenir y tratar la aparición de estas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para la cual, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica por diferentes bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Enfispo. Se establecen, previamente los tesauros de búsqueda a través de la terminología procedente de los vocabularios Descriptores de Ciencias de la Salud (Decs) y Medical Subject Subheadings (MeSH), en los idiomas español e inglés. Seguidamente, fueron escogidos los siguientes términos clave para la realización de la búsqueda bibliográfica: “Blood Transfusion” y “Adverse Reaction”, combinados junto con el operador booleano AND. Como criterios de inclusión se escogen artículos a texto completo en los idiomas inglés y español; se escogió, como población diana a adultos de diferentes patologías, con una edad de ≥ 18 ; asimismo, se escogieron revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. Como criterio de exclusión se estableció la eliminación de aquellos artículos que no se relacionaban con los objetivos establecidos en este trabajo. Se eliminaron, además artículos repetidos entre las diferentes bases de datos.

4 Resultados

La muestra final de artículos incluidos para la realización de la revisión bibliográfica es de 5.

Reacciones transfusionales

Las reacciones transfusionales son eventos adversos que tienen lugar sobre el paciente receptor tras la transfusión de componentes sanguíneos. Estas se dividen en reacciones agudas o retardadas. De esta forma se han establecido estrategias e indicaciones que minimizan los riesgos derivados de la transfusión de componentes sanguíneos. De forma principal, la evidencia apoya el enfoque transfusional restrictivo, mencionado anteriormente, para minimizar los potenciales riesgos derivados de las transfusiones.

Reacciones adversas agudas no infecciosas derivadas de la transfusión

Reacción transfusional hemolítica aguda

Se trata de la destrucción de glóbulos rojos mediada a través de los anticuerpos en un paciente y puede atribuirse a glóbulos rojos o plasma incompatibles con las características hematológicas del paciente. Estas reacciones pueden ser agudas (< 24 horas) o tardías (en 24 horas o más), y la hemólisis se clasifica en intravascular o extravascular. La causa más común de hemólisis aguda es el error humano. Asimismo, la hemólisis aguda puede tener un origen no inmune debido a un inadecuado almacenamiento o administración, generando hemólisis mecánica, térmica u osmótica.

Características principales

Lesión renal aguda, anemia, escalofríos, muerte, coagulación intravascular diseminada, disnea, fiebre, hematuria, hemólisis, dolor, rigidez, shock

Tratamiento

Cuidados de apoyo (medidas de apoyo cardiovascular y pulmonar), transfusión de productos sanguíneos compatibles y mantenimiento de la diuresis.

Reacción transfusional alérgica y anafiláctica o anafilactoide

Ocurren en el 0,4% de las transfusiones de concentrados de hematíes y hasta en el 4,1% de las transfusiones de plaquetas. Las reacciones alérgicas se producen por transfusiones mediadas por la unión de anticuerpos inmunoglobulina E (IgE) a diversos tipos de alérgenos hallados en los componentes sanguíneos, lo cual genera liberación de histamina. Las reacciones alérgicas a las transfusiones más graves ocurren en 8 de cada 100.000 unidades transfundidas. Suelen ocurrir durante la transfusión o en las cuatro horas posteriores a la transfusión.

Características principales

Disnea, hipotensión, angioedema localizado, prurito, shock, urticaria, sibilancias

Tratamiento

Cuidados de apoyo, antihistamínicos, broncodilatadores, glucocorticoides, epinefrina, consideración de hemoderivados lavados o de volumen reducido para casos graves y refractarios. Dependiendo de la gravedad de la reacción, los antihistamínicos, glucocorticoides, broncodilatadores y epinefrina son tratamientos posibles.

La reducción de volumen y el lavado de los componentes reduce la tasa de reacción alérgica a las transfusiones. No se ha demostrado que el uso de antihistamínicos o glucocorticoides antes de la transfusión prevenga la recurrencia de reacciones alérgicas leves a la transfusión, a pesar de la generalización de dicha práctica.

Reacción transfusional febril no hemolítica

Ocurren en el 1% de las reacciones de transfusión. Consisten en un aumento de temperatura de $\geq 1^\circ\text{C}$ dentro de las cuatro horas después de transfusión. La causa es la unión de anticuerpos del receptor a los glóbulos blancos en el producto sanguíneo o por las citoquinas proinflamatorias halladas en el producto.

Características principales

Infiltrados intersticiales pulmonares bilaterales, escalofríos, disnea, fiebre, hipertensión, hipoxemia, distensión yugular venosa, edema periférico, derrame pleural, taquicardia, taquipnea

Tratamiento

Cuidados de apoyo, diuresis, diálisis, colocación del paciente en posición sedestación. El tratamiento con antipiréticos y meperidina (Demerol) puede ayudar a controlar los signos y síntomas. El uso universal de antipiréticos antes de la transfusión no es beneficioso. La leucorreducción del componente sanguíneo previo a su almacenamiento puede ayudar a disminuir el riesgo.

Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión

Se trata de un edema pulmonar no cardiogénico y no hidrostático que suele tener lugar en las seis horas posteriores a la transfusión. La fisiopatología comprende mecanismos dependientes e independientes de anticuerpos, lo cual da lugar a la activación de neutrófilos, lesión endotelial, fuga capilar con extravasación y, finalmente, lesión pulmonar aguda. Las transfusiones de plaquetas suelen causar dicha reacción, con una frecuencia de 1 reacción por cada 100.000 unidades trasfundidas.

Características principales

Infiltrados intersticiales pulmonares bilaterales, cambios de presión arterial, escalofríos, disnea, fiebre, taquicardia, taquipnea

Tratamiento

Cuidados de apoyo

Reacciones adversas

Si se sospecha una reacción durante la transfusión, se deberá detener la infusión inmediatamente y se llevará a cabo una atención de cuidados de apoyo. Muchos hallazgos asociados con reacciones transfusionales medias y potencialmente mortales son inespecíficos y se superponen; por lo tanto, no deben ser minimizados los signos y síntomas leves. Ante cualquier reacción, la bolsa del producto sanguíneo implicado, junto con la descripción de la reacción clínica observada y las muestras de sangre y orina del paciente posteriores a la trans-

fusión deberán ser enviados al banco de sangre para facilitar así la investigación de la posible causa de la reacción. Si se sospecha una reacción después tras la finalización transfusión, se enviará la descripción de la reacción y muestras de sangre y orina posteriores a la transfusión.

Reacciones no inmunes

Sobrecarga circulatoria asociada a transfusiones.

La sobrecarga circulatoria debida a la transfusión tiene lugar cuando el volumen de infusión de productos sanguíneos causa edema pulmonar cardiogénico iatrogénico. En el proceso de trasfusión, un reducido volumen de productos sanguíneos ingresa al tercer espacio, lo supone cierto en el proceso infusión de productos sanguíneos. Las tasas de sobrecarga circulatoria vinculada a transfusiones se sitúan entre el 1% y el 8% de las trasfusiones. La sobrecarga circulatoria asociada a transfusiones consiste en la principal causa de mortalidad asociada a transfusiones.

Características

Disnea de nueva aparición o empeoramiento, taquipnea, taquicardia, hipoxemia, fiebre, escalofríos, hipertensión e infiltrados intersticiales pulmonares bilaterales

Tratamiento

La actuación más importante del manejo de la sobrecarga circulatoria asociada a transfusiones es identificarla. Se requiere una acción inmediata con cuidados de apoyo y diuresis o diálisis.

La disminución de la función cardíaca y renal, anemia compensada, el balance positivo de líquidos preexistente, el diagnóstico de cáncer o edades extremas son parámetros de riesgo asociados a un mayor riesgo de esta reacción transfusional. Entre las estrategias para reducir la sobrecarga circulatoria en pacientes de alto riesgo se observan la infusión lenta de Concentrados de Hematíes de aproximadamente durante cuatro horas y una reducción del volumen del componente. Por su parte no ha sido demostrado que la diuresis peritransfusional como profilaxis sea capaz de reducir la sobrecarga circulatoria; no obstante, la diuresis como estrategia general para optimizar puede resultar beneficiosa.

Reacción Séptica.

La sepsis por una transfusión se asocia al crecimiento bacteriano en un producto sanguíneo y se desarrolla en 1 de cada 100.000 unidades transfundidas. Las plaquetas contienen las tasas más altas de contaminación bacteriana (1 en 3000 unidades), normalmente a través de flora cutánea normal, como estafilococos y estreptococos. Los síntomas suelen tener lugar en las 24 horas posteriores a

la transfusión. Para el diagnóstico de la reacción aislará el microorganismo del paciente y del producto sanguíneo implicado.

Tratamiento

La identificación de la reacción e inicio rápido de la terapia antimicrobiana empírica son imprescindibles. Las recomendaciones apuntan a antibióticos de amplio espectro.

Infección transmitida por transfusión.

Los organismos infecciosos transmitidos por la sangre pueden transmitirse por transfusión.

Tratamiento

Se consultará el historial de los donantes y se realizarán exámenes para evaluar el riesgo de infecciones transmitidas por transfusiones. A los donantes que prosiguen con la donación se les llevará a cabo un análisis de la sangre para detectar una variedad de agentes infecciosos.

5 Discusión-Conclusión

La tasa de aparición de eventos adversos relacionados con las transfusiones está decreciendo; no obstante, la amenaza derivada de las transfusiones es palpable y latente. Por ello, el personal asociado a las transfusiones de componentes sanguíneos deberá reconocer causas, síntomas y los métodos de tratamiento y prevención ante la posibilidad de aparición de reacciones adversas, que permita garantizar la seguridad del proceso de transfusión.

Las reacciones adversas derivadas de la transfusión de componentes sanguíneos se clasifican en agudas y retardadas, en función del tiempo transcurrido hasta su aparición. En las reacciones transfusionales agudas, medidas tan cruciales como la identificación oportuna y adecuada, y el cese inmediato de la transfusión son fundamentales. Además, se requerirá vigilancia postransfusional para distinguir el tipo de respuestas a la transfusión o reacciones que presentan signos y síntomas inespecíficos.

6 Bibliografía

1. Abdallah R, Rai H, Panch SR. Transfusion Reactions and Adverse Events. Clin Lab Med. 2021 Dec;41(4):669-696. doi: 10.1016/j.cl.2021.07.009. Epub 2021 Sep 29. PMID: 34689973.
2. Keir A, Pal S, Trivella M, Lieberman L, Callum J, Shehata N, Stanworth S. Adverse effects of small-volume red blood cell transfusions in the neonatal popu-

- lation. *Syst Rev*. 2014 Aug 20;3:92. doi: 10.1186/2046-4053-3-92. PMID: 25143009; PMCID: PMC4149676.
3. Raval JS, Griggs JR, Fleg A. Blood Product Transfusion in Adults: Indications, Adverse Reactions, and Modifications. *Am Fam Physician*. 2020 Jul 1;102(1):30-38. PMID: 32603068.
4. Wang Y, Rao Q, Li X. Adverse transfusion reactions and what we can do. *Expert Rev Hematol*. 2022 Aug;15(8):711-726. doi: 10.1080/17474086.2022.2112564. Epub 2022 Aug 17. PMID: 35950450.
5. Frazier SK, Higgins J, Bugajski A, Jones AR, Brown MR. Adverse Reactions to Transfusion of Blood Products and Best Practices for Prevention. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2017 Sep;29(3):271-290. doi: 10.1016/j.cnc.2017.04.002. Epub 2017 Jun 26. PMID: 28778288.
6. María Blanca Duarte Alvero; Silvia Delgado Deza ; Izaskun Catalán Navarro ; Lorena Joven Simón ; Vanesa Hurtado Rubio; Laura Marcos Blasco. Manejo de la trasfusión de hemoderivados. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, N°. 8 (Edición Agosto), 2021
7. Carlos Jericó, José Antonio García-Erce, Anemia y empleo adecuado de la transfusión, *Medicina Clínica*, Volume 157, Issue 7, 2021, Pages 329-331, ISSN 0025-7753, <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.07.011>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321004681>)

Capítulo 152

SONDAJE NASOGÁSTRICO: TÉCNICA, INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES

NIEVES HEREDIA ALONSO

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

1 Introducción

Cada vez más, la terapia nutricional se reconoce como un factor importante en la recuperación de los pacientes. Las sondas modernas permiten ofrecer nutrientes y mejorar el estado nutricional, a través de métodos menos invasivos, siendo una práctica corriente en los hospitales. El procedimiento requiere atención especializada, ya que no está exento de complicaciones.

DEFINICIÓN DE SONDA

Tubo flexible que se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago.

INDICACIONES

- Aspiración de secreción gastroduodenal en gastroparesia, obstrucción intestinal, etc.
- Alimentación enteral o lavado gástrico.

- Exploración y/o eliminación del contenido estomacal (tóxicos, etc.)
- Prevenir la aspiración bronquial en pacientes con alteración del nivel de conciencia o dificultad de deglución.
- Diagnóstico y seguimiento de la hemorragia digestiva alta.

CONTRAINDICACIONES

- Relativas: Esofagitis severa o varices esofágicas.
- Absolutas: Estenosis esofágica, fractura facial o de la base del cráneo (en el caso del sondaje nasogástrico), coagulopatías severas no controladas, ingestión o lesiones por cáusticos, sospecha de perforación esofágica o la existencia de cuerpo extraño en el esófago.

MATERIAL

- Sonda nasogástrica del tamaño adecuado a la indicación.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes, no necesariamente estériles.
- Jeringa de 50cc.
- Sistema de sujeción de la sonda a la nariz (esparadrapo).
- Estetoscopio.
- Vaso de agua.

COMPLICACIONES

Las complicaciones gastrointestinales más comunes que pueden presentarse son: aumento del vaciamiento gástrico, estreñimiento, diarrea, vómitos, regurgitaciones y flatulencias. Los datos más recientes indican que la frecuencia global de estas complicaciones sigue siendo elevada, encontrándose cercana al 50% de los pacientes tratados, siendo necesario recurrir a la retirada definitiva de la nutrición enteral en, aproximadamente, un 15% de los pacientes tratados.

Otras complicaciones pueden ser: extracción accidental de la sonda, ulceración o irritación de la nariz, oclusión de la sonda y aspiración pulmonar, siendo esta última la complicación más delicada, previniéndola simplemente colocando al paciente en una posición adecuada durante la infusión de nutrición enteral.

LAVADO DE LA SONDA

Lavar la sonda ayudará a despegar los restos de alimentación o medicación que se hayan quedado adheridos al interior de esta. Hay que lavar la sonda después de cada alimentación, como mínimo.

1. Primero, debemos lavar bien las manos con agua y jabón.
2. Tras terminar la alimentación, agregaremos agua tibia a la jeringa de alimentación y la dejaremos fluir por efecto de la gravedad.

3. Si el agua no pasa, probaremos a cambiar la posición un poco o le pondremos el émbolo a la jeringa y lo empujaremos suavemente hasta la mitad. No debemos presionarlo hasta el tope de abajo ni hacerlo rápidamente.

4. Retiraremos la jeringa.

5. Cerraremos la tapa de la sonda.

CUIDADO DE LA PIEL

1. Limpiaremos la piel alrededor de la sonda con agua caliente y una gasa o compresa limpia después de cada alimentación. Retiraremos cualquier costra o secreción de la nariz.

2. Al retirar un vendaje o apósito de la nariz, primero lo aflojaremos con un poco de aceite mineral u otro lubricante. Luego retiraremos con cuidado el vendaje o apósito y colocaremos uno nuevo, limpio y seco. Posteriormente, limpiaremos el aceite mineral restante de la nariz.

3. Si notamos enrojecimiento o irritación, probaremos poniendo la sonda en la otra fosa nasal.

TIPOS DE SONDAS

A. Según el material:

- Polivinilo (Levin, Salem, Nelaton): Para aspiración de contenido gástrico o administración de medicación.
- Poliuretano (Freka) y Silicona: Únicamente para alimentación. Estas son más rígidas que las de silicona, siendo éstas últimas más cómodas pero colapsables al aspirar. Son de larga duración.

B. Según el nº de luces:

- 1 luz (Levin, Nelaton): Para aspiración de contenido y descompresión gástrica.
- 2 luces (Salem): Para eliminación de contenido estomacal.
- 3 y 4 luces (Sengstaken-Blakemore): Para aspiración o nutrición cuando el paciente presenta hemorragias por varices esofágicas.

Todas sirven para nutrición enteral, pero las más utilizadas son las de una luz.

C. Según el tamaño: encontramos sondas desde 5-6 french, utilizadas en neonatos, hasta 14-16 french, utilizadas en adultos.

- Neonatos: Sonda 5-6 Fr.
- Lactantes: Sonda 6-8 Fr.
- 18 meses-7 años: Sonda 8-10 Fr.
- 7-10 años: Sonda 10-14 Fr.
- 10-14 años: Sonda 12-16 Fr.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es describir la técnica más adecuada del sondaje nasogástrico, así como sus indicaciones, contraindicaciones.

El objetivo secundario es enseñar a evitar las complicaciones más frecuentes.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información bibliográfica en bases de datos como PubMed, Google Académico o Scielo con artículos o revistas publicados en español o inglés comprendidos entre 2016 y 2023, utilizando como descriptores las palabras clave, por ejemplo sonda nasogástrica.

4 Resultados

La técnica más adecuada para la inserción de la sonda nasogástrica incluye los siguientes pasos:

1. Prepararemos todo el material necesario para la realización del procedimiento. Solo es necesaria la presencia de un/a enfermero/a, aunque nos puede ayudar un/a auxiliar de enfermería.
2. Identificaremos de manera inequívoca al paciente (nombre, dos apellidos y nº de historia clínica).
3. Explicaremos tanto al paciente como a la familia, en lenguaje claro y conciso, en qué consiste el procedimiento.
4. Colocaremos al paciente en posición semifowler o Fowler,
5. Elegiremos la sonda del tamaño más adecuado al procedimiento que vamos a realizar, la mediremos, desde la nariz al lóbulo de la oreja, y del lóbulo al apéndice xifoides, y por último, haremos una marca para saber hasta donde debemos introducirla.
6. Lubricaremos el extremo de la sonda que vamos a introducir y elegiremos el orificio nasal por el que mejor respire.
7. Introduciremos la sonda nasogástrica suavemente en dirección al lóbulo de la oreja, realizando movimientos rotatorios.
8. Al llegar a nasofaringe, el paciente puede comenzar con náuseas, indicaremos tragar un poco de agua para facilitar el paso de la sonda a esófago.
9. Continuaremos con la inserción de la sonda hasta la marca que hemos rotulado.
10. Una vez colocada, si el paciente no tose, ni tiene náuseas o vómitos, podemos pensar que está correctamente en estómago, pero es preciso comprobarlo.

11. Para comprobarlo, el método más fiable es una radiografía abdominal, pero también se puede introducir un émbolo de aire con una jeringa de 50cc y a la vez auscultaremos con el fonendoscopio. Tras asegurar que estamos en estómago, fijaremos la sonda.
12. Registraremos el procedimiento realizado en el sistema informático.

5 Discusión-Conclusión

La identificación de pacientes con alto riesgo de desnutrición y el conocimiento del equipo multidisciplinario sobre técnicas de terapia nutricional, ofrecidas a través de sondas, garantizan una mejor recuperación de los pacientes internados en hospitales y también de los que se encuentran en su domicilio. Por ello, es fundamental conocer la técnica adecuada de inserción de la sonda por parte de los profesionales sanitarios, además de enseñar, tanto a los pacientes como a la familia, las posibles complicaciones que pueden aparecer y el correcto lavado de la sonda y cuidado de la piel en pacientes portadores de una sonda nasogástrica permanente.

6 Bibliografía

1. Sondaje Nasogástrico. Cuidados de la Nutrición Enteral [Internet]. Academia EIR. 2016. Disponible en: <https://academiaeir.es/sondaje-nasogastrico-nutricion-ental/>
2. Richard A Hodin, MD, Liliana Bordeianou, MD, MPH. Nasogastric and nasenteric tubes. Octubre 2018. <https://www.uptodate.com/contents/nasogastric-and-nasoenterictubes/print>.
3. Protocolo Colocación de sonda nasogástrica/orogástrica. Unidad Neonatal. Agosto 2017. Organización Sanitaria Integrada Araba.

Capítulo 153

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LAS INFECCIONES URINARIAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

LUCIA PANIAGUA MONTORO

HELENA GARCIA MARTINEZ

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se tratan de un problema para la salud pública a nivel personal, socioeconómico y sanitario. Afectan a 150 millones de personas de manera anual en todo el mundo a personas en cualquier etapa de la vida. Dentro de los grupos más vulnerables se encuentran: mujeres en edad fértil, embarazadas, infancia, pacientes con patología renal y adultos mayores.

Las ITU son la segunda infección más prevalente dentro del grupo de los adultos mayores institucionalizados, llegando a cifras alrededor del 30-40% por lo que es un importante problema para la salud pública.

En la mayor parte de los casos, la *Escherichia Coli* es la responsable de las infecciones urinarias. La sintomatología es muy diversa, sobre todo en el grupo de los adultos mayores.

El diagnóstico se realiza por medio del cultivo de orina y/o la prueba esterasa leucocitaria. El tratamiento es muy diverso en función de las características del paciente, aunque por norma general se suele iniciar con Fosfomicina Trometamol.

El principal pilar para el tratamiento de las infecciones de orina se debe de basar en una correcta prevención. Para ello, en el ámbito residencial se debe realizar especial hincapié en el lavado de manos, la mejora del ratio personal/usuarios para lograr una atención satisfactoria.

2 Objetivos

- Identificar la principal sintomatología que puede presentar una persona con cistitis.
- Dar a conocer los principales cuidados básicos y técnicas de enfermería a llevar a cabo.

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 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 betalactámicos durante 3 días (sin ser necesario el urocultivo posterior al tratamiento). En determinadas ocasiones puede darse el caso que el tratamiento antibiótico no funcione para todas las cistitis, y a su vez que no aparezca piuria y que el urocultivo salga negativo. En ese caso se debería valorar otras patologías diferentes como: vaginitis, vulvitis, traumatismos o alergias.

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 154

EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE UNA MUJER CON DIABETES EN EL EMBARAZO.

HELENA GARCIA MARTINEZ

LUCIA PANIAGUA MONTORO

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

En este capítulo de libro hablaremos sobre el profesional de enfermería ante una mujer con diabetes en el embarazo.

Por lo tanto, es importante comentar en este apartado de introducción que es la diabetes mellitus.

Podemos decir que la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que tiene lugar cuando el organismo de nuestro propio cuerpo no puede producir por sí solo la cantidad necesaria de insulina o no es capaz de utilizarla de forma correcta. Debido a esto, se produce una hiperglucemia crónica.

Esta enfermedad está considerada como la cuarta o quinta causa de muerte en los países desarrollados.

Podemos diferenciar tres tipos de diabetes:

Por un lado tenemos la diabetes tipo 1, que no se conoce aun su origen y se debe a una reacción autoinmune. Su tratamiento es la insulino terapia.

Luego esta la diabetes tipo II que es la mas frecuente y tiene relación con factores de riesgo como son el sedentarismo o la obesidad.

Por último esta la Diabetes gestacional, que es la que se diagnostica por primera vez durante el embarazo en mujeres que previamente a la gestación no tenían diabetes.

Estos dos últimos tipos de diabetes, se tratan con medidas higiénico-dietéticas y/o con tratamiento farmacológico en función del caso.

En este trabajo nos centraremos en la diabetes gestacional.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro consiste en conocer una introducción sobre la diabetes que ocurre en las mujeres gestantes por un equipo de enfermería.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En este apartado de resultados, nos vamos a centrar en la diabetes gestacional. Se puede decir que en los últimos 40 años es increíble como a aumentado la obesidad y el síndrome metabólico. Hay casos en los que evoluciona a diabetes mellitus tipo 2.

Estos cambios pueden deberse a una mala alimentación o por no hacer actividad física. Por lo tanto, esto conlleva a que se aumente la incidencia de la diabetes mellitus gestacional.

Cuando la mujer acude a una consulta de ginecología prenatal es importante avisar aquellas que tienen un alto porcentaje de padecer este trastorno metabólico.

Es necesario poder detectar los casos de diabetes antes de que tenga lugar la gestación para así poder pautarles un tratamiento adecuado para que tengan unos valores normales de glucosa y de HbA1c antes de quedarse embarazada.

En un escrutinio de diabetes mellitus en la gestación, un consenso general es que, las pacientes con un alto riesgo para esta situación se les pueda efectuar una prueba entre las 25 y 28 semanas de la gestación con 50g de glucosa oral.

Cuando una mujer tiene un embarazo, se producen varios cambios en su metabolismo materno para crear un ambiente que permita la embriogénesis, el crecimiento del feto, la maduración y la supervivencia del mismo. Todo ello crea una reserva nutricional al inicio de la gestación para satisfacer el aumento de las demandas materno-fetales en las etapas más avanzadas del embarazo y la lactancia.

Por otro lado, podemos mencionar algunos factores que son propensos a aumentar el riesgo de padecer diabetes durante el embarazo y son los siguientes:

- Malos hábitos alimenticios (sobrepeso u obesidad).

- Antecedentes familiares -Multiparidad

- Embarazos de mujer añosa

- Síndrome de ovario poliquístico

- Enfermedad tiroidea autoinmune

Por último, decir que para la detección de la diabetes gestacional está un método de cribado al que llamamos Test de O'Sullivan y, por otro lado, para el diagnóstico, la Prueba de Tolerancia Oral a la glucosa.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que la diabetes gestacional es una condición de salud que conlleva importantes riesgos tanto para la madre como para el feto. Es una enfermedad que se manifiesta a través de complicaciones, sin embargo, no suele haberlas si se sigue un control y cuidados estrictos. Es por eso que el cribado y un diagnóstico precoz son cruciales para evitar cualquier daño a la madre o al feto.

El personal de enfermería representa un rol muy importante en el proceso de diagnóstico de la diabetes gestacional. Por un lado, es el profesional que lleva a cabo la prueba de cribado y la de diagnóstico. Por otro lado, es la que se encarga de dar la información y asesoramiento antes, durante y después del test, con el objetivo de conseguir una muestra de calidad.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 155

EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE CON UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

LUCIA PANIAGUA MONTORO

HELENA GARCIA MARTINEZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

Una isquemia es la falta de sangre oxigenada en el ventrículo izquierdo. Un infarto es la necrosis o muerte del tejido en una parte de la pared miocárdica del ventrículo izquierdo y sigue a los estadios de isquemia y daño miocárdico.

El infarto agudo de miocardio o también llamado "ataque cardíaco" se trata de una situación urgente que tiene una alta mortalidad. Consiste en la obstrucción brusca del paso de la sangre a lo largo de una arteria coronaria (muerte de la parte del corazón que es irrigada por esa arteria). Este puede aparecer en cualquier edad, aunque se puede decir que la frecuencia aumenta con el paso de los años. Se pueden diferenciar varios tipos de infarto de miocardio: infarto de miocardio espontáneo, infarto de miocardio secundario a desequilibrio isquémico, infarto de miocardio que produce la muerte y no se dispone de valores de los

biomarcadores, infarto de miocardio relacionado con angioplastia intraluminal coronaria, infarto de miocardio relacionado con trombosis del stent e infarto de miocardio relacionado con cirugía de derivación aortocoronaria.

Además también se puede agrupar en dos tipos distintos de infarto de miocardio: infarto de miocardio con onda Q y el infarto de miocardio sin onda Q.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es analizar las funciones y responsabilidades específicas del personal de Enfermería en la atención inicial de pacientes que presenten IAM.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal de Enfermería es crucial para la evaluación temprana de un paciente cuando existe sospecha de IAM. Se efectúa una monitorización de los signos vitales, realización de electrocardiograma (ECG) y, recopilación de antecedentes personales y patologías previas (disponible en historia clínica). Estos pasos son cruciales para determinar un diagnóstico y clasificar el tipo de IAM que presenta el paciente.

Después de ello, teniendo en cuenta las decisiones tomadas por el equipo interdisciplinar, es responsabilidad directa de Enfermería la administración de fármacos (oxígeno, antiagregantes, plaquetarios, analgésicos o trombolíticos) cuando estén indicados. En este punto, se debe tener una estrecha vigilancia del paciente para detectar posibles reacciones adversas. Del mismo modo, es esencial la monitorización de constantes para alertar antes posibles complicaciones (shock cardiogénico, arritmias o insuficiencia cardíaca).

Tras la estabilización del paciente y la resolución de la urgencia, Enfermería juega un papel educacional con el paciente y su entorno. Se plantearán cuestiones en cuanto al tratamiento y medidas preventivas a seguir. También, será necesario un cambio de estilo de vida por parte del paciente, lo cual implicará la aparición de nuevas preocupaciones en aspectos cruciales y será crucial brindar apoyo emocional. Tanto al paciente como a su entorno.

La planificación para la rehabilitación posterior al IAM involucra directamente a la Enfermería. Como se ha citado anteriormente, el paciente deberá efectuar un cambio de estilo de vida. Esto implica modificaciones en su dieta y promocionar la actividad física en función de la afectación cardíaca. Su seguimiento y evolución, debe ser regulado por los profesionales sanitarios.

Las interacciones coordinadas entre los integrantes del equipo multidisciplinar son esenciales para garantizar una atención integral y recuperación temprana del paciente con IAM y/o sus secuelas.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios analizados determinan el papel crucial de la Enfermería en el paciente con IAM. Desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación del paciente. La detección temprana de la patología a partir de la habilidad para reconocer una alteración en el ECG del paciente o el apoyo motivacional brindado al paciente durante su rehabilitación. La práctica basada en la evidencia requiere una actualización constante de conocimientos y habilidades sociales para el personal de

Enfermería. Todo ello, conjugado con una buena consonancia con los integrantes del equipo multidisciplinar.

En conclusión, la revisión bibliográfica muestra la importancia de Enfermería durante el proceso que implica el IAM. Evaluación inicial, interpretación de constantes y pruebas complementarias, administración de fármacos, manejo del dolor, apoyo emocional y, educación para la salud

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 156

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA NIETO DE LA TORRE

1 Introducción

Antes de dar comienzo a este trabajo, es necesario pararse a realizar una breve introducción para conocer un poco la figura del personal de enfermería que desempeña sus labores en una institución sanitaria.

Por así decirlo, la enfermería es una profesión que está enfocada a aquellas personas que realmente sienten una vocación de servicio hacia las demás personas a las que van a atender en algún momento de su vida.

De forma genérica, podemos decir que el personal de enfermería es quien se va a encargar de atender a los pacientes que acuden al centro sanitario.

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 de salud mental en mujeres con trastorno del espectro autista.

El trastorno del espectro autista es una condición que afecta la forma en que las personas se comportan, socializan y se comunican con los demás. Este trastorno se conoce comúnmente como autismo. Solía dividirse en subtipos, como el síndrome de Asperger, pero ahora es tratada como una condición con un amplio espectro de síntomas y diferentes niveles de gravedad. Pero el autismo es aproximadamente cuatro veces más común en los niños que en las niñas. El trastorno

del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por deficiencias en la comunicación y la interacción social.

2 Objetivos

- Dar a conocer los síntomas del trastorno del espectro autista en mujeres adultas y los cuidados del personal de enfermería en estos casos.

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

Algunos estudios y guías encontraron que la mayoría de las mujeres se sienten desajustadas, alienadas en sus vidas y tienen serias dificultades para formar relaciones. Muchos de ellos reflexionaron sobre el diagnóstico de este trastorno leyendo temas o buscando información, y se sintieron aliviados al encontrar explicaciones a los sentimientos, emociones y dudas que habían tenido durante años. Las características que se observan en las mujeres adultas con trastornos del espectro autista pueden diferir de las que se observan en los hombres y tener aspectos diferentes.

- Inhibición o desinhibición social de manera desproporcionada.
- Incapacidad para desarrollar una conducta prosocial espontánea a pesar de la conciencia del estado emocional de los demás.
- Dificultad para realizar las actividades cotidianas. Suelen delegar el trabajo a familiares y amigos cercanos.
- Perfeccionismo e inflexibilidad al cambio de rutina. Miedo a la exposición a nuevas situaciones, lo que resulta en la evitación de actividades y comportamientos.
- Dificultad para afrontar conflictos y malentendidos.
- Cuestiones dietéticas y sexuales.

- Los mismos intereses que sus pares, aunque más fuertes, afectan su funcionamiento social, lo cual es limitante. Las intervenciones de enfermería dedicadas y probadas para la salud mental de este tipo de pacientes tienen como objetivo:
 - Establecer rutinas que promuevan habilidades de autocuidado y actividad instrumental con el fin de lograr la autonomía.
 - Formación en relaciones interpersonales saludables, gestión emocional e interacción con las personas.
 - Acompaña tu entorno y exponte a nuevas situaciones.
 - Apoyo y asesoramiento en situaciones de estrés (parto, duelo, menopausia).
- Los niños y adultos con autismo a menudo tienen dificultades para interactuar con los demás. Esto puede resultar en diferentes síntomas, como:
- Incapacidad para mirar o escuchar a las personas.
 - No responder a su nombre.
 - Resistencia a ser tocado.
 - Preferencia por estar solo.
 - Gestos faciales inapropiados o inexistentes.
 - Incapacidad para iniciar una conversación o mantener una.
 - Hablar demasiado sobre un tema favorito sin considerar las reacciones de los demás.
 - Problemas del habla o patrones inusuales del habla.
 - Incapacidad para expresar emociones o reconocerlas en los demás.
 - Problemas para reconocer señales sociales sencillas.
 - Dificultad para seguir instrucciones simples.
 - Incapacidad para predecir la respuesta o reacción de una persona.
 - Interacciones sociales inapropiadas.
 - Incapacidad para reconocer formas de comunicación no verbal.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres con trastornos del espectro autista son muy autoobservadoras, camuflan los síntomas y se adaptan, lo que genera confusión clínica. Por esta razón, es importante tener conversaciones fluidas sobre temas cotidianos que son difíciles para los niños. Además, esto refleja las diferentes manifestaciones de este trastorno en las mujeres y la necesidad de formación profesional para garantizar una adecuada atención y apoyo en esta área, de esto se encarga el personal de enfermería. Un nuevo modelo de intervención es el apoyo entre pares, cuya gran ventaja radica en una mayor empatía y comprensión en este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 157

ALIMENTACIÓN POR Sonda NASOGÁSTRICA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

JONATHAN ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

La alimentación por sonda nasogástrica es una forma esencial de proporcionar nutrición enteral cuando la vía oral es insuficiente o insegura. La desnutrición se reconoce como un factor reversible para la sarcopenia y la fragilidad. Por lo tanto, es crucial que la desnutrición se trate en pacientes hospitalizados mayores que tienen disfagia y requieren nutrición enteral.

Una sonda nasogástrica de alimentación es una sonda flexible, de diámetro fino y radioopaca que se introduce en el estómago a través de la nariz. Se utiliza para brindar apoyo nutricional y medicamentos a pacientes que no pueden tragar o no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales por vía oral. La alimentación nasogástrica se encuentra comúnmente en pacientes mayores (definidos como mayores de 65 años) debido a la disfagia y la desnutrición [1].

La disfagia en las personas mayores es muy a menudo multifactorial [2]. Las causas pueden ser neurológicas, como accidente cerebrovascular, demencia y delirio, o mecánicas. Además, la dentición deficiente, la reducción de la humedad en la cavidad oral y la disminución relacionada con la edad en la función de los músculos masticatorios pueden agravar cualquier dificultad para tragar [3].

Los errores de colocación, la práctica actual a menudo conduce a retrasos en la alimentación, lo que posteriormente resulta en peores resultados para el paciente.

Es crucial que la colocación del tubo se confirme con precisión y de manera oportuna. Los avances médicos en esta área han tardado en encontrar una solución que satisfaga esta necesidad.

2 Objetivos

- Describir algunas limitaciones e identificar soluciones para mejorar los resultados del paciente sobre el uso actual de las sondas nasogástricas de alimentación en la población de edad avanzada.
- Analizar los problemas asociados a la colocación correcta de las sondas nasogástricas en pacientes mayores.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura y se seleccionó mediante una búsqueda de artículos relevantes en la base de datos PubMed y Google Scholar publicados desde enero de 2000 hasta julio de 2023 utilizando los términos de búsqueda: "Alimentación", "pacientes", "sonda nasogástrica" y "personas mayores".

Se identificaron todos los artículos que analizaban los problemas y soluciones asociados a la colocación correcta de las sondas nasogástricas en pacientes de edad avanzada.

Solo se consideraron los artículos publicados en español e inglés. Se obtienen 126 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 14.

4 Resultados

Los pacientes mayores son un grupo heterogéneo, con una alta prevalencia de desnutrición, sarcopenia y fragilidad. La desnutrición se reconoce como un factor reversible crucial para las condiciones que se presentan con sarcopenia y fragilidad [4]. Las personas mayores tienen un mayor riesgo de afecciones comórbidas que las predisponen a desarrollar desnutrición [5]. La prevalencia de deficiencia nutricional en ancianos es del 15% en pacientes ambulatorios, del 25% al 60% en pacientes institucionalizados y del 35% al 65% en pacientes hospitalizados [6]. Para satisfacer las necesidades nutricionales de esta población, los médicos requieren habilidades para reconocer y controlar la desnutrición [1].

La malnutrición no es un efecto secundario inevitable del envejecimiento, pero muchos cambios asociados con el proceso de envejecimiento pueden promover la malnutrición. Por ejemplo, el envejecimiento se asocia con frecuencia con disminuciones en el gusto, el olfato, el deterioro de la salud dental y la disminución del apetito y la actividad física [7]. Los principales cambios en la composición corporal observados con la inanición son una pérdida de masa libre de grasa (FFM) y masa grasa. En una población de edad avanzada, el tamaño de estas pérdidas puede ser mayor, ya que se suman a las pérdidas relacionadas con la edad en estos compartimentos. El contenido muscular del cuerpo es muy importante debido a su interrelación con la función física, la fuerza y la morbilidad [8].

La alimentación enteral está indicada para pacientes con un tracto gastrointestinal funcional, mientras que la alimentación parenteral se usa más comúnmente para pacientes con tracto gastrointestinal no funcional [9]. En general, se prefiere la nutrición enteral a la nutrición parenteral, ya que es más fisiológica, más simple, más barata y menos complicada [10].

Hay varios desafíos que son comunes con la alimentación por sonda nasogástrica en la población de edad avanzada. Estos desafíos se relacionan con la colocación, la confirmación de la colocación del tubo, el desplazamiento y la actuación en el mejor interés de los pacientes cuando carecen de capacidad.

Se ha demostrado que la nutrición enteral mejora la duración de la estancia hospitalaria y la cicatrización de heridas en poblaciones seleccionadas [11]. Los beneficios de la alimentación nasogástrica temprana en pacientes con accidente cerebrovascular están bien establecidos. Además, la nutrición enteral puede reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión en un 25%, pero el estudio incluyó alimentación por sonda enteral, así como apoyo nutricional oral [12].

La alimentación de las sondas nasogástricas puede ser desagradable y provocar agitación, particularmente en individuos con delirio ya establecido. Esto conduce a un mayor riesgo de desplazamiento. La alimentación de las sondas nasogástricas también puede afectar la mecánica de deglución que prolonga la y tiempos de tránsito faríngeos [13], aunque no se cree que esto afecte la función general de la deglución o el riesgo de aspiración [14].

5 Discusión-Conclusión

La alimentación por sonda nasogástrica es una forma común de alimentación enteral a corto plazo en personas mayores y tiene beneficios claros en pacientes

seleccionados. La confirmación de la colocación es de importancia crítica y el proceso existente requiere una solución innovadora para transformar la práctica actual.

Existen insuficiencias con los métodos actuales para confirmar la colocación de la sonda de alimentación, particularmente en pacientes frágiles, y los retrasos en la alimentación y el daño al paciente que ocurren como resultado. Las directrices del hospital deben hacer hincapié en los controles de seguridad rápidos por parte de un médico de alto nivel, y los protocolos locales deben centrarse en minimizar los retrasos en el inicio de la alimentación.

Sigue existiendo una necesidad urgente de dirigir la investigación futura y los avances biotecnológicos para hacer que las sondas nasogástricas sean más seguras, más fáciles de tolerar y más fáciles de usar.

6 Bibliografía

- 1.- M. S. Mundi, J. Patel, S. A. McClave y R. T. Hurt, "Perspectiva actual para la alimentación por sonda en los ancianos: desde la identificación de la desnutrición hasta la provisión de nutrición enteral", *Clinical Interventions in Aging*, vol. 13, pp. 1353–1364, 2018.
- 2.- S. M. Smukalla, I. Dimitrova, J. M. Feintuch y A. Khan, "Disfagia en los ancianos", *Opciones de tratamiento actuales en gastroenterología*, vol. 15, no. 3, pp. 382–396, 2017
- 3.- L. Sura, A. Madhavan, G. Carnaby y M. A. Crary, "Disfagia en los ancianos: manejo y consideraciones nutricionales", *Intervenciones clínicas en el envejecimiento*, vol. 7, pp. 287–298, 2012.
- 4.- T. A. Churchward-Venne, L. Breen y S. M. Phillips, "Alteraciones en el metabolismo de las proteínas musculares humanas con el envejecimiento: proteínas y ejercicio como contramedidas para compensar la sarcopenia", *Biofactors*, vol. 40, pp. 199–205, 2014.
- 5.- S. Brownie, "¿Por qué las personas mayores están en riesgo de deficiencia nutricional?" *International Journal of Nursing Practice*, vol. 12, no. 2, pp. 110–118, 2006.
- 6.- B. Vellas, S. Lauque, S. Andrieu et al., "Evaluación nutricional en los ancianos",

Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, vol. 4, no. 1, pp. 5–8, 2001.

7.- M. Hickson, "Desnutrición y envejecimiento", Postgraduate Medical Journal, vol. 82, no. 963, pp. 2–8, 2006.

8.- R. L. Reed, K. Yochum, L. Pearlmutter, K. E. Meredith, y A. D. Mooradian, "La interrelación entre el ejercicio físico, la fuerza muscular y la adiposidad corporal en una población anciana sana", Journal of the American Geriatrics Society, vol. 39, no. 12, pp. 1189–1193, 1991.

9.- G. Wanten, P. C. Calder y A. Forbes, "Managing adult patients who need home parenteral nutrition," BMJ, vol. 342, Article ID d1447, 2011.

10.- S. Masaki y T. Kawamoto, "Comparación de los resultados a largo plazo entre la nutrición enteral a través de la gastrostomía y la nutrición parenteral total en personas mayores con disfagia: un estudio de cohorte emparejado con propensión", PLoS One, vol. 14, ID de artículo e0217120, 2019.

11.- G. Herbert, R. Perry, H. K. Andersen et al., "Nutrición enteral temprana dentro de las 24 horas de la cirugía gastrointestinal inferior versus comienzo posterior para la duración de la estancia hospitalaria y las complicaciones postoperatorias", Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, vol. 22, 2018.

12.- R. J. Stratton, A.-C. Ek, M. Engfer et al., "Apoyo nutricional enteral en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión: una revisión sistemática y metaanálisis", Ageing Research Reviews, vol. 4, no. 3, pp. 422–450, 2005.

13.- Z.-Y. Wang, J.-M. Chen y G.-X. Ni, "Efecto de una sonda nasogástrica permanente sobre la función de deglución en pacientes ancianos con disfagia posterior al accidente cerebrovascular con alimentación nasal a largo plazo", BMC Neurol, vol. 19, p. 83, 2019

14.- M. H. Jaafar, S. Mahadeva, K. Morgan y M. P. Tan, "Gastrostomía endoscópica percutánea versus alimentación nasogástrica en individuos mayores con disfagia sin accidente cerebrovascular: una revisión sistemática", The Journal of Nutrition, Health & Aging, vol. 19, no. 2, pp. 190–197, 2015.

Capítulo 158

PRÁCTICA DE REPOSICIONAMIENTO DE PACIENTES POSTRADOS EN CAMA

JONATHAN ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

La práctica de reposicionamiento es una intervención esencial de prevención de úlceras por presión que ha surgido en la historia de la enfermería. Se emplean numerosos términos para indicar su significado, como girar, posicionar o posar. Sin embargo, no hay ningún análisis disponible que distinga estos términos o analice los atributos de la práctica de reposicionamiento.

Una lesión por presión, úlcera por presión o úlcera por presión se refiere a la muerte celular debido a la presión y el cizallamiento [1]. Los expertos han sugerido una evaluación de la piel [2], práctica de reposicionamiento, descarga de colchones, apoyo nutricional y cuidado de la piel [3], para prevenirlo. Aunque la evidencia muestra consecuencias positivas de estas medidas en la prevención [4], la práctica de reposicionamiento ha enfrentado desafíos relacionados con su definición.

Las enfermeras han estado practicando el reposicionamiento durante más de 200 años. Sin embargo, la evidencia muestra desacuerdos en la definición de reposicionamiento en función de la frecuencia [5], la calidad [4], las técnicas [6] o incluso el término utilizado [5]. Sin embargo, se utiliza en combinación con el término "giro", como "reposicionamiento y giro" [7] o "giro y reposicionamiento" [9].

Las enfermeras están recibiendo informaciones contradictorias sobre la práctica de reposicionamiento, lo que afecta negativamente el cumplimiento.

El reposicionamiento es una piedra angular en la prevención de úlceras [1] y crucial para la seguridad del paciente [8]. La estandarización del concepto es un aspecto beneficioso para la ciencia de enfermería.

2 Objetivos

- Analizar la práctica de reposicionamiento de pacientes postrados en cama en hospitales.
- Aclarar el significado contemporáneo del reposicionamiento realizado por los enfermeros para la prevención de úlceras por presión.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura y se seleccionó mediante una búsqueda de artículos relevantes en la base de datos PubMed y Google Scholar publicados desde enero de 2010 hasta junio de 2023 utilizando los términos de búsqueda: "reposicionamiento", "posicionamiento", "hospital", "pacientes" y "postrados en cama"

Se identificaron todos los artículos que analizaban la práctica de reposicionamiento de pacientes postrados en cama en hospitales.

Solo se consideraron los artículos publicados en español e inglés. Se obtienen 95 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 10.

4 Resultados

La práctica del reposicionamiento pasa por tres épocas: clásica, moderna e investigadora.

La práctica de reposicionamiento es "convertir a un paciente postrado en cama de una manera armonizada y termina con anclaje y documentación". El análisis concluye siete atributos para la práctica de reposicionamiento: pre-turno, evaluación, giro, armonización, anclaje, documentación y tiempo. El análisis asume que los pacientes postrados en cama y las enfermeras asignadas de guardia son los antecedentes. Además, la principal consecuencia es la prevención de las úlceras por

presión, mientras que la seguridad del paciente y la calidad de la atención son las consecuencias secundarias.

Los antecedentes son los problemas previos a la solicitud para actualizar el constructo "Práctica de reposicionamiento". A partir de la literatura, parece que la práctica de reposicionamiento requería tener un paciente en riesgo de desarrollo de úlceras por presión [9]. Además, requería que alguien realizara el procedimiento [5]. Como el análisis se centró solamente en los casos que las enfermeras realizaron y excluyó la literatura discutiendo sobre otros, se asignan enfermeras competentes para brindar el cuidado a ese paciente que existe físicamente cerca de la enfermera. Además, satisfacer la armonización requerida (s) enfermera (s) secundaria (s) que ayudan en el desempeño. La ausencia de estas condiciones previas podría no satisfacer el significado previsto de la práctica de reposicionamiento como se ha presentado anteriormente.

La consecuencia de la práctica de reposicionamiento es evidente. Si se realiza el reposicionamiento, mejorará directamente la prevención de úlceras por presión. Además, afectará la calidad de la atención [8], la satisfacción del paciente y la seguridad del paciente [10].

Caja modelo: La Sra. X es enfermera en la sala. Ella es asignada a un paciente postrado en cama. X se da cuenta de que el paciente no puede girar o moverse. A las 08:00, la Sra. X planificó el procedimiento de giro para los pacientes cada dos horas. La Sra. X realizó el giro con la ayuda de sus colegas. X hizo rodar a los pacientes de acuerdo con los protocolos y siguió los pasos uno por uno para cambiar la postura. La Sra. X ancló al paciente a la nueva posición. Después de eso, la Sra. X documentó el procedimiento realizado. Ella registró la ayuda por las iniciales de otras enfermeras. Además, la Sra. X documentó el tiempo que se avecinaba y sugirió la nueva postura. Este procedimiento se repitió con las mismas técnicas durante todos los días, y el paciente no desarrolló ninguna úlcera por presión.

5 Discusión-Conclusión

La comprensión de la práctica de reposicionamiento ha crecido con el tiempo. Cada era ha agregado o eliminado la comprensión de la enfermería para la práctica de reposicionamiento hasta que aparece como ahora. El análisis actual espera un mayor desarrollo en la comprensión y las aplicaciones de la práctica de reposicionamiento.

La práctica de reposicionamiento es una intervención importante de enfermería y ha mostrado un movimiento dinámico a lo largo de la historia. Se espera que esta dinámica continúe en el futuro.

La práctica de reposicionamiento es una preocupación desafiante en los dominios de úlceras por presión. Aunque el término parece sencillo, necesita más aclaraciones. El análisis adoptó la arqueología del conocimiento con el análisis conceptual de Rodger para concluir que el término pasa por tres épocas (clásica, moderna e investigación). Cada una de estas eras agrega o elimina para la práctica de reposicionamiento hasta que se define como el giro para pacientes postrados en cama que contiene armonización, anclaje, documentación y una intervención dependiente del tiempo.

6 Bibliografía

- 1.- Gefen A. (2018). El futuro de la prevención de úlceras por presión está aquí: Detección y focalización temprana de la inflamación. *Revista EWMA*, 19(2), 7–13
- 2.- K3-im C.-G., Park S., Ko J. W., Jo S. (2018). La relación de la humedad subepidérmica y la lesión por presión en etapa temprana mediante la evaluación visual de la piel. *Revista de viabilidad tisular*, 27(3), 130–134.
- 3.- EPUAP/NPIAP/PPPIA (2019). Prevención y tratamiento de úlceras por presión: Guía de práctica clínica. La directriz internacional. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel y Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
- 4.- Gunningberg L., Sedin I.-M., Andersson S., Pingel R. (2017). Mapeo de presión para prevenir las úlceras por presión en un contexto hospitalario: un ensayo controlado aleatorio pragmático. *Revista Internacional de Estudios de Enfermería*, 72, 53-59.
- 5.- Jocelyn Chew H. S., Thiara E., Lopez V., Shorey S. (2018). Frecuencia de giro en pacientes adultos postrados en cama para prevenir la úlcera por presión adquirida en el hospital: una revisión de alcance. *International Wound Journal*, 15(2), 225–236.
- 6.- Weiner C., Kalichman L., Ribak J., Alperovitch-Najenson D. (2017). Reposicionar a un paciente pasivo en la cama: Elegir un dispositivo de asistencia ergonómicamente ventajoso. *Ergonomía aplicada*, 60, 22–29.

- 7.- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. J., Buck M., Yiu L., Stamler L. L. (2018). Fundamentos de enfermería canadiense. Conceptos, proceso y práctica-Pearson. (pp. 1096-1119).
- 8.- Duncan K. D. (2007). Prevención de úlceras por presión: El objetivo es cero. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 33(10), 605–610.
- 9.- Moore Z., Cowman S., Conroy R. M. (2011). Un ensayo clínico controlado aleatorio de reposicionamiento, utilizando la inclinación 30, para la prevención de las úlceras por presión. Revista de enfermería clínica, 20(17–18), 2633–2644.
- 10.- Kalisch B. J., Xie B., Dabney B. W. (2014). La falta de atención de enfermería informada por el paciente se correlacionó con eventos adversos. Revista Americana de Calidad Médica, 29(5), 415–422.

Capítulo 159

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad autoinmune. Es la responsable de los aumentos de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre. Se produce por la falta o escasez de insulina. En España la diabetes mellitus afecta a más del 13% de la población adulta mayor de 18 años y su prevalencia sigue aumentando año tras año. No sigue unos parámetros y puede afectar a cualquier persona sin importar edad, estado físico etc. El pie diabético es una de las muchas complicaciones que puede acarrear esta enfermedad, este se produce debido a la disfunción de los nervios periféricos en estos pacientes.

La insulina, es una hormona segregada por el páncreas que ayuda a que la glucosa proveniente de los alimentos, entre en las células para suministrarles energía. Si no hay suficiente insulina la glucosa permanece en la sangre, provocando con el tiempo graves problemas de salud. El mal control de esta enfermedad puede traer problemas más graves para la salud. Para no extender demasiado esta introducción, el estudio se centrará en el pie diabético.

Las úlceras y amputaciones en las extremidades son un grave problema de salud pública con altos costos para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud. La comprensión de la causa de las úlceras en los pies es crucial para reducir su incidencia y sus consecuencias.

El pie diabético, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como una infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos en la extremidad inferior, relacionada con problemas neurológicos y trastornos vasculares periféricos. Es una complicación seria de la diabetes, con múltiples factores que incluyen neuropatía, problemas circulatorios, edema e inmunidad reducida, lo que puede llevar a infecciones, úlceras y gangrena, a menudo requiriendo hospitalización prolongada y, en algunos casos, amputaciones.

En cuanto a la epidemiología, las úlceras en el pie afectan al 15% de los pacientes diabéticos, quienes tienen un riesgo significativamente mayor de amputación en comparación con aquellos sin diabetes, especialmente los hombres. La incidencia anual es del 2-3%, llegando al 7% en pacientes con neuropatía. Después de una amputación en la extremidad inferior, la probabilidad de desarrollar una nueva úlcera o amputación contralateral en 2-5 años es del 50%, y la tasa de supervivencia después de una cirugía radical es del 50% y 40% a los 3 y 5 años, respectivamente.

2 Objetivos

Describir las recomendaciones y aspectos básicos a tener en cuenta por el TCAE en el manejo del paciente con pie diabético.

3 Metodología

La elaboración de este trabajo de revisión bibliográfica que se realizó en este estudio fue en múltiples fuentes de datos digitales: Dialnet-Guia De Practica clínica En El Pie Diabético.

Varias páginas de internet ,Google académico ,revista médica.

Palabras clave diabetes, pie diabético, TCAE, epidemiología, tratamiento y funciones.

4 Resultados

Autocuidados del pie diabético

Los pacientes que padezcan de pie diabético pueden realizar unas acciones muy sencillas y que puedan retrasar las posibles complicaciones. Existen múltiples formas de informarse, documentos, charlas informativas y visitas regulares a nuestro podólogo, aquí se pueden estudiar algunas. Serán de gran ayuda:

- Observarse todos los días los pies, dedos, talón (ayudándonos con un espejo también la planta del pie) y así tratar de evitar las lesiones.
- Examinar los zapatos antes de ponértelos.
- Cambiar los calcetines y zapatos diariamente. Un consejo de algún podólogo es ponerse los calcetines al revés, para evitar que hagan rozaduras.
- No caminar nunca descalzo.
- Evitar calentar los pies con aparatos eléctricos (tipo almohadillas o agua).
- Visitar al podólogo para que sea el quien retire los callos. Y así evitar hacerse heridas.
- Las uñas hay que tratar de cortarlas lo más rectas posible, luego limar suavemente para evitar bordes y aristas.
- Tratar de tener los pies secos y usar talco no medicinal cuando nos vayamos a calzar por la mañana, esto lo haremos cuando nos pongamos los calcetines o cambiemos de calzado.
- Los pies se lavarán con agua y también utilizaremos jabón y cuando los vayamos a secar pondremos especial cuidado en mirar entre los dedos, para que no queden restos de humedad.
- El agua para ducharse no debe estar muy caliente.
- Es bueno usar crema para hidratar los pies después de la ducha o el baño.

Es importante el papel integrador de la enfermería, así como el del TCAE, en el manejo del pie diabético. Ahora mismo la función que desempeña la enfermería en el mundo sanitario entre otros el de asistencia, docencia, investigación y gestión. Entendiendo la asistencia, como la labor que desempeña en los centros hospitalarios (curas, tratamientos, y demás), el acompañamiento tanto al enfermo como a sus familias, la docencia como la labor educacional, charlas informativas sobre manejo de la diabetes, investigación los estudios realizados por enfermería siempre avanzando en nuevos métodos y como gestión, la gestión de recursos hacer un uso adecuado de todos los recursos.

La correcta higiene de los pies y la elección adecuada del calzado es la estrategia básica para evitar la aparición de rozaduras, heridas, quemaduras y lesiones. Así como las visitas al especialista (podólogo) para revisiones periódicas. Y dar una buena educación diabetológica a través de los servicios hospitalarios con sus profesionales (endocrinos, enfermeras, tcae y demás profesionales).

5 Discusión-Conclusión

Los conocimientos en la educación diabetológica y la prevención en el cuidado del pie son fundamentales para reducir las complicaciones; estos conocimientos deben ser transferidos al paciente con diabetes para que los utilicen en su beneficio. Por eso es fundamental la formación de enfermería (enfermeras , tcae y demás personal sanitario) en el manejo de la diabetes y sus complicaciones. El texto enfatiza la importancia de adaptar el tratamiento a cada paciente en lugar de seguir un protocolo rígido. Se destaca la necesidad de incorporar estrategias de prevención, educación para pacientes y personal médico, tratamiento multidisciplinario y una evaluación continua de las úlceras en la práctica clínica.

Se menciona que existen múltiples tratamientos disponibles para tratar las úlceras, y se enfatiza la importancia de que el personal de enfermería proporcione todos los recursos necesarios para los pacientes. Esto no solo genera satisfacción y agradecimiento por parte de los pacientes, sino que también les permite aprender y prevenir hábitos perjudiciales que podrían empeorar su enfermedad. Para lograr esto, el personal de enfermería debe estar bien informado y dispuesto a compartir esa información con los pacientes.

6 Bibliografía

<https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2022/06/iii-congreso-nacional-tcae/poster-iii-congreso-nacional-tcae/CompartoCuidadoscomoTCAEenelpiediabticoconusted2.pdf>
file:///C:/Users/cborr/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/04e04d54-e9a7-431b-9f0a-e5bdc9a0d6a4/Dialnet-GuiaDePracticaClinicaEnElPieDiabetico-4635975.pdf http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000300008

▷ Guía de cuidados del personal de TCAE a pacientes con pie diabético - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 160

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL

CORAL PARRA QUINTANILLA

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será la persona encargada de acompañar al paciente con daño cerebral en su proceso de rehabilitación, deberá tratar de que el paciente consiga volver a ser autónomo en la medida de lo posible. Esta rehabilitación debe hacerse de forma individual porque cada persona es diferente una de otra, si el daño cerebral es grave, al principio se encargará el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería de realizar las actividades de higiene, que puede ser el aseo completo, vestirle y alimentarle, pero poco a poco debe hacer que el paciente vaya colaborando en su autonomía.

Cuando una persona sufre un daño cerebral, se producirá en algunas zonas del cerebro una lesión de forma súbita, que va a imposibilitar que el cerebro pueda realizar las funciones con normalidad, el daño en el sistema nervioso central puede ser causado de forma interna o por una fuerza externa de manera física como un traumatismo craneoencefálico.

(1) Las secuelas que puede ocasionar serán alteraciones a nivel cognitivo, como dificultades de poder usar la concentración y atención, puede tener problemas con la memoria, dificultades en la expresión y lenguaje, etc. Los problemas de

cognición pueden darse de forma permanente o puntual y reversible. Además puede tener problemas sensoriales en la visión, en el olfato, la audición o el tacto.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el proceso de rehabilitación del paciente con daño cerebral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado la búsqueda de información en algunos libros como "Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas." de Ilerna, además se han utilizado algunas bases de datos como Scielo, PubMed, Google Académico, etc.

Se han excluido en la búsqueda los idiomas distintos al castellano y los artículos con fecha anterior al 2019.

4 Resultados

El paciente puede tener dos ámbitos de dificultad, por un lado estarán las actividades de su vida diaria como realizar el aseo, vestirse, controlar el esfínter, la movilidad en el desplazamiento, etc. Y por otro podrá tener dificultad en la actividad instrumental, que se refiere a la habilidad de la persona en la comunidad, por ejemplo, ir a hacer la compra, asistir al trabajo, coger el transporte público, ubicarse en el espacio-tiempo, etc.

En cuanto al tema de la alimentación, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener en cuenta algunos consejos con el paciente con daño cerebral. Deberá sentarlo correctamente, darle de comer desde el lado afectado para que pueda estimularlo, fijarse en que tiene la barbilla inclinada hacia abajo, debe darle indicaciones para que coma lentamente masticando muy bien, se comprobará que no le queda comida en el interior de la boca. En este apartado hay que hacer especial mención al problema de disfagia que un paciente de este tipo puede llegar a presentar, se ocasiona cuando el paciente tiene problemas para poder tragar el alimento. Algunos síntomas puede ser que note que tiene en la garganta un cuerpo

extraño que le pueda ocasionar incluso daño al tragar, que tenga dificultades a la hora de tragar el alimento o incluso que babee excesivamente.

En cuanto a la movilidad, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá acompañar al paciente en sus recorridos. Si el daño cerebral le ha ocasionado problemas en el habla se le empezará hablando despacio y con frases cortas, se le dejará que se exprese con tranquilidad y se le dejará terminar.

Además, el protocolo de atención a este tipo de pacientes que debe seguir el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería sigue unas normas, deberá hacer que la familia colabore con su familiar con daño cerebral para que pueda rehabilitarse en la medida de lo posible. Cuando se le coloque en la cama deberá tener el cuerpo alineado y colocar cojines en los puntos de apoyo para evitar úlceras por presión y contracturas musculares, se le deben de realizar masajes que favorezcan la circulación sanguínea y ejercicios de flexión y extensión. También es función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudar al paciente a aprender a comer de nuevo, si tiene problemas en la comunicación oral se le ayudará mostrándole pictogramas, etc.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será la persona encargada de apoyar en todas sus necesidades al paciente con daño cerebral para que pueda rehabilitarse. Deberá servirle de apoyo en el tema de higiene, vestimenta, alimentación, comunicación y movilidad.

Es importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabore en todo momento con el paciente y le apoye en cumplir todas las necesidades que por sí solo éste no pueda realizar, ya que tras sufrir un daño cerebral tendrá dificultades para poder afrontar las actividades básicas de su día a día.

6 Bibliografía

1. Secuelas del daño cerebral adquirido, estudio sobre las necesidades terapéuticas. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. Volumen 39, Abril- Junio 2019. Patricia Murciego Rubio y Natividad García Atarés. (1) <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214460319300130>
2. Las secuelas derivadas del daño cerebral. (2) https://www.alento.org/dano_cerebral_problemas_es.html

3. Libro "Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas
B" de "Ilerna".

Capítulo 161

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA OXIGENOTERAPIA

TRINIDAD CARRASCO PERONA

1 Introducción

La oxigenoterapia es una técnica terapéutica que se administra al paciente cuando éste sufre de hipoxia (cuando el oxígeno en sangre es inferior a 55-60 mmHg y la saturación de hemoglobina es inferior a 90 %).

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como principal colectivo en el cuidado de estos sistemas tiene el deber legal y ético de conocer la utilización de los mismos a través de guías y protocolos adaptados a las necesidades de cada paciente.

Con la oxigenoterapia se aumenta la concentración de oxígeno del aire que siempre será superior al 21 %.

Los objetivos de la oxigenoterapia son: tratar la hipoxemia y evitar el sufrimiento tisular, tratar la hipertensión pulmonar, disminuir el trabajo respiratorio, disminuir el trabajo de miocardio, etc.

Para administrar oxígeno a un paciente se necesita hacer una gasometría arterial, que la solicita el médico cuando hay sospecha de que el paciente sufre una insuficiencia respiratoria.

La gasometría arterial es la medición en sangre arterial de los gases respiratorios, los datos que aporta una gasometría son: presión parcial de oxígeno (pO₂) y presión parcial de dióxido de carbono (pCO₂) entre otros.

El oxígeno es un gas incoloro, inodoro, explosivo y altamente inflamable y debe ser manipulado por personal cualificado.

2 Objetivos

- Informar de los diferentes métodos, dispositivos en la administración de oxígeno y los tipos de oxigenoterapia existentes.
- Conocer las pautas que el técnico en cuidados de enfermería debe aplicar con respecto al paciente y en los cuidados de dicho tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, artículos y páginas web que versan sobre la oxigenoterapia, administración de la misma, de sus diversos sistemas, guías y protocolos a seguir.

4 Resultados

Existen dos tipos de oxigenoterapia que son:

- Oxigenoterapia normobárica que se administra con gafas nasales o mascarilla y el oxígeno en una concentración entre el 21 y el 100 % normalmente.
- Oxigenoterapia hiperbárica que se administra siempre al 100 % de concentración y dentro de una cámara mediante casco o mascarilla.

Estos dispositivos dependerán de las características de cada paciente.

El criterio para clasificar las vías de administración es a través del flujo y se dividen en dos:

- Bajo flujo: indicado para pacientes con capacidad respiratoria estable y se administra a través de gafas nasales, mascarilla simple y mascarilla con reservorio que debe estar inflado en todo momento.
- Alto flujo: para pacientes que necesitan un aporte constante de la concentración de oxígeno, los sistemas más utilizados son la mascarilla ventimask o venturi y cánulas nasales de alto flujo.

Existen otros dispositivos usados para su administración como:

- Balón auto hinchable o AMBU.
- Tubo en T que se utiliza en pacientes intubados con tubo endotraqueal.

- Tienda facial.
- Mascarilla de traqueostomía.
- Cámara hiperbárica.
- CPAP.
- BIPAP.

Los elementos necesarios para la administración de oxígeno son los siguientes:

- Central de oxígeno (se encuentra instalado en la pared junto al cabecero de la cama de cada hospital).
- Balas de oxígeno (principalmente de uso domiciliario).
- Bombonas portátiles o mochilas (también de uso domiciliario o deambulación hospitalaria).
- Manorreductor (mide la presión de oxígeno dentro de la bala).
- Flujómetro, medidor de flujo o caudalímetro (indica y controla la cantidad de oxígeno expulsado en litros por minutos).
- Humidificador (el oxígeno debe estar humidificado porque seco irrita y deshidrata las mucosas).

Una mala administración del tratamiento puede provocar en el paciente:

- Bronquitis.
- Lesiones pulmonares agudas.
- Displasia broncopulmonar.
- Cefalea, tos, somnolencia.
- Anorexia, sequedad en mucosas y ulceraciones.
- Irritación traqueal, edema, fibrosis, etc.

Las pautas de comportamiento del TCAE con respecto al material de oxigenoterapia son las siguientes:

- Retirar posibles fuentes de combustión cercanas al equipo de oxigenoterapia, recuerda que el oxígeno es muy inflamable.
- Comprobar el flujo y la concentración de oxígeno para administrar, si se retira el tratamiento deberás retirar, desechar (gafas nasales, mascarillas, alargaderas) y desinfectar el material utilizado.
- Rellenar el agua del humidificador si es necesario.
- Reponer o cambiar los equipos siempre que se precise, son una fuente importante de infecciones.
- Vigilar que no haya acodamiento en los tubos por donde pasa el oxígeno.

Las pautas de comportamiento del TCAE con respecto al paciente sometido a oxigenoterapia son las siguientes:

- Observar continuamente al enfermo.
- Vigilar el ritmo, la frecuencia y la amplitud de la respiración.

- Comprobar que no exista dificultad respiratoria.
- Tomar con frecuencia el pulso y la tensión arterial.
- Mirar si hay sudoración.
- Comprobar el estado de conciencia (desorientación, adormecimiento, etc.) y la aparición de cefaleas.
- Si el paciente está irritado o nervioso, tranquilizarlo para que el tratamiento se administre con éxito.
- Ayudar al paciente a realizar respiraciones profundas.
- Mantener al paciente en posición Fowler.
- Evitar que se quite cualquier dispositivo que se esté utilizando para la administración del tratamiento.
- Vigilar que no se altere la concentración de oxígeno a menos que haya indicaciones médicas para el cambio.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia es el principal tratamiento para la hipoxemia y si se administra con cuidado y siguiendo las indicaciones y protocolos determinados supone una mejora considerable en la calidad de vida de las personas y reduce considerablemente las hospitalizaciones.

Es un elemento fundamental en la insuficiencia respiratoria tanto crónica como aguda.

Si el tratamiento no es administrado con precisión y siguiendo las indicaciones médicas correspondientes, puede tener consecuencias muy graves en el paciente. El éxito del tratamiento dependerá del material utilizado, de su correcto manejo y administración, el cual se elegirá según las características de cada paciente y su situación.

El TCAE, como principal colectivo encargado del manejo, mantenimiento y vigilancia en la administración del tratamiento, debe estar informado y actualizado sobre los diferentes tipos de material, tipos de administración y de las guías y protocolos adaptados a todas las necesidades.

6 Bibliografía

1. Las funciones del personal de Enfermería en la oxigenoterapia y características del proceso y diferentes modos de administración. Disponible en: <https://revistamedica.com/oxigenoterapia-caracteristicas-modosadministracion/amp/#Conclusion>.

2. Oxigenoterapia de alto flujo. Artículo monográfico. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/oxigenoterapia-de-alto-flujoarticulo-monografico/>.

Capítulo 162

LA FIGURA DEL TCAE EN LA PLANTA HOSPITALARIA

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

NICOLETA TALPA

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

1 Introducción

La planta hospitalaria será donde el paciente se encuentre ingresado por distintos motivos de salud y durante el tiempo necesario para recibir cuidados médicos especializados para el tratamiento de distintas enfermedades, que pueden ser desde una cirugía, hacerle al paciente determinadas pruebas, administrar ciertos medicamentos por vía intravenosa o dar a luz a un bebe, esto dependerá de la zona hospitalaria que estemos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, también conocido como tcae es una persona de referencia para el paciente ya que esta en contacto directo con él y su trabajo consistirá en cuidarle en todos los aspectos de la salud, intentar que el paciente esté lo más cómodo posible y resolverles todas aquellas dudas que puedan surgirle y podamos resolver, la planta esta atendida las 24 horas del día en varios turnos y equipos de trabajo.

El tcae trabaja mano a mano con médicos y enfermeras facilitando sus labores y sirviendo de ayudantes en distintas tareas como llevar a su cargo un registro de temperaturas, de toma de líquidos, preparar analíticas o recogida de muestras. Las actividades que realiza el TCAE se describen en el Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de Las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, específicamente entre los artículos 74 y 85.

2 Objetivos

El principal objetivo que tenemos es repasar las funciones del tcae en planta, ya que no son las mismas que por ejemplo en farmacia o urgencias y poner en valor su figura en esta zona hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica tanto en libros como desde Google, buscando como palabras clave en el buscador: TCAE, funciones, ámbito hospitalario, planta hospitalaria y se visitan distintas páginas webs como revistamedica y medlineplus.

4 Resultados

Además de colaborar con el equipo médico y de enfermería, el tcae tiene distintas tareas y a continuación vamos a repasar las principales funciones a realizar por el tcae en la planta hospitalaria :

- Apoyar y acompañar al enfermo y a su familia.
- Gestionar ropa de cama, pijamas, etc.
- Asear a los pacientes que no pueden por sí mismos y a los que si pueden proporcionarles toallas, esponjas, etc.
- Cambio de ropa de cama, pondremos la ropa sucia en su cubo correspondiente para que después se baje a lavandería.
- Mantener unas buenas condiciones higiénicas tanto del entorno como al enfermo.
- Supervisión de pacientes encamados, se tendrá especial atención y se realizarán los cambios posturales para evitar úlceras por presión.
- Facilitar cuñas a los pacientes.

- Pedir las dietas que le corresponda a cada paciente, se repartirán las bandejas de comida poniendo atención de que sea la correcta para cada paciente y se ayudará a los pacientes que lo requieran, por ultimo se recogen las bandejas para devolverlas a cocina.
- Preparar al paciente para las distintas pruebas medicas que pueda tener y se avisara al celador para que lo traslade donde corresponda.
- Los TCAE se encargan de reponer la farmacia, almacén, carro de curas y carro de lencería, así como de mantenerlo limpio y ordenado.
- Rellenar el registro de micción y deposición, también el de toma de constantes e ingesta de líquidos y solidos, en un apartado podemos anotar cualquier incidencia que haya habido con el paciente.
- Se deberán recoger muestras de orina o heces del paciente, así como también ayudar en la extracción de sangre, etiquetarlas y mandar a laboratorio.
- Se tirara cada residuo donde corresponda y posteriormente se cerrara debidamente para que el personal de limpieza los pueda retirar.
- Una vez el paciente haya sido dado de alta y el personal de limpieza haya limpiado la habitación se deberá hacer la cama y dejar la habitación preparada para un nuevo paciente.

La figura del TCAE en la planta hospitalaria es de gran apoyo emocional de cara a los pacientes, ya que el personal pasa mucho tiempo con ellos y pueden crear lazos de cariño y empatía que para el paciente suele ser beneficioso.

5 Discusión-Conclusión

El personal de TCAE es una figura esencial tanto para el equipo de enfermería como para el paciente que está ingresado, siendo así una de sus personas de referencia mientras este hospitalizado, dando siempre un trato humano y cercano, utilizando palabras adecuadas a cada edad y situación personal, ya que cada paciente es único. Manteniendo informado al equipo de enfermería de cualquier incidencia y anomalía que se vean en el paciente.

En los cambios de turno, también se repasa con el compañero tcae que da el relevo, la situación de los distintos pacientes que se tiene a cargo y la información mas importante sobre como han pasado el día o si debemos vigilar algo en concreto.

6 Bibliografía

1. <https://www.revistamedica.com/tcae-ingreso-hospitalario/>

2. [w.salusplay.com/ blog/funciones-tecnico-auxiliar -cuidados-enfermeria/](http://w.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/)
3. <https://es.indeed.com/orientacion-laboral/buscar-trabajo/funciones-tcae-planta-hospitalaria>
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 163

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE NEFROLÓGICO EN PLANTA CON HEMODIÁLISIS

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

1 Introducción

Las enfermedades del riñón o nefropatías se caracterizan por la progresiva disminución de funcionalidad de los riñones. Hay que destacar la importancia crucial del riñón en el funcionamiento del cuerpo humano debido a sus diversas y complejas funciones. Entre estas funciones se incluyen la formación de orina, el equilibrio electrolítico, el equilibrio ácido-básico, el mantenimiento del volumen sanguíneo y la presión arterial, así como la desintoxicación sanguínea. Cualquier alteración en los niveles de solutos iónicos en la sangre, como sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, bicarbonato, fosfatos e hidrogeniones, puede tener graves consecuencias para la homeostasis del organismo y, en última instancia, llevar a la muerte si no se regulan a tiempo.

La insuficiencia renal aguda y crónica son condiciones médicas en las cuales el paciente no puede excretar orina (anuria) o excreta muy poca (oliguria), generalmente debido a obstrucciones en el sistema renal o al cese de la función renal.

Esto da como resultado la acumulación de agua, electrolitos, urea y creatinina en la sangre, lo que puede desencadenar graves trastornos.

La hemodiálisis se introduce como un método efectivo para eliminar desechos como potasio y urea de la sangre cuando los riñones no pueden hacerlo, es decir, en casos de insuficiencia renal. La hemodiálisis se define como una función renal artificial que reemplaza la función del riñón.

Las sesiones de hemodiálisis pueden presentar complicaciones graves, como desorientación, convulsiones y estados estuporosos, que en casos extremos pueden poner en peligro la vida del paciente. La detección temprana de signos y síntomas y la aplicación de medidas adecuadas son cruciales para mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes en hemodiálisis.

En cuanto a la técnica de la hemodiálisis, se menciona que implica la extracción de sangre del paciente a través de una arteria, su filtración mediante una membrana semipermeable en una máquina y su retorno a la circulación del paciente a través de una vena. La manipulación de la concentración del líquido de dializado y las presiones a ambos lados de la membrana permiten regular la eliminación de agua, iones y productos metabólicos de desecho, adaptándola a las necesidades específicas de cada paciente.

Es importante evaluar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, especialmente en el contexto de enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Esta evaluación se puede realizar mediante instrumentos genéricos y específicos, y es esencial para el desarrollo de intervenciones efectivas orientadas a dar mejor la calidad de vida de estos enfermos. Además, se enfatiza que esta evaluación está estrechamente relacionada con la atención de enfermería, la distribución de recursos y el desarrollo de políticas de salud.

2 Objetivos

Conocer las tareas de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado de los pacientes de hemodiálisis cuando están ingresados en planta y destacar el trabajo que hacen estos profesionales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Dialnet, Cochrane Library y Medline. Otros recursos importantes han sido Google Académico. Todos ellos, han resultado útiles para analizar documentos relevantes

y para la búsqueda de información sobre las funciones en el cuidado de los pacientes en hemodiálisis por parte de las TCAE. Las palabras que han sido clave para hacer una búsqueda más directa han sido: “hemodiálisis”, “insuficiencia renal” y “técnicos en cuidados auxiliares de enfermería”. Una vez que se han seleccionado, se ha procedido a leer con más detalle y a resumir en lo posible toda la información.

4 Resultados

La diálisis la hay de dos tipos: la hemodiálisis y la peritoneal. Durante la diálisis peritoneal, se utiliza un líquido limpiador que fluye a través de un tubo hacia la zona del abdomen. El peritoneo, el revestimiento interno del abdomen, hace la función de un filtro que elimina los desechos de la sangre. Después de un período específico, el líquido con los residuos filtrados se retira del abdomen y se desecha. Este proceso ayuda a limpiar la sangre de los desechos y toxinas acumulados en el cuerpo. Mientras que, la hemodiálisis, es una forma de depuración extracorpórea, en la que se le extrae la sangre al paciente y se realiza por un circuito externo para depurar las toxinas. Esta función necesita un flujo de sangre elevado, por eso se realiza la fistula arteriovenosa.

La hemodiálisis consiste en pasar la sangre del paciente por un filtro y se realiza en la máquina de diálisis, pasándolo por un filtro de limpieza y retornando de nuevo al paciente. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) deben estar familiarizados con las tareas y el trabajo que se lleva a cabo y debe tener bien definidas sus funciones.

Preparación:

- Antes de entrar en la habitación del paciente, asegurarse de tener una comprensión general de su historia clínica, diagnóstico, tratamiento actual y cualquier necesidad especial.
- Llevar consigo una libreta o dispositivo para tomar notas y asegurarse de tener bolígrafos o lápices en buen estado.

2. Observación General:

- Comenzar observando al paciente en su conjunto. Tomar nota de su apariencia general, nivel de conciencia, signos vitales (pulso, respiración, presión arterial, temperatura) y cualquier síntoma o molestia aparente.

3. Control de Signos Vitales:

- Registrar los signos vitales según las indicaciones médicas o las órdenes específicas del personal de enfermería.

- Si el paciente está en diálisis, prestar atención a los cambios en la presión arterial y el ritmo cardíaco durante la sesión.

4. Control de Fluidos y Diuresis:

- Llevar un registro de la ingesta de líquidos y la producción de orina del paciente.
- Si el paciente está en diálisis, se anota la cantidad de líquido que se retira durante la sesión.

5. Medicaciones y Tratamiento:

- Se debe tomar nota de todas las medicaciones administradas al paciente, incluyendo dosis, vía de administración y horarios.
- Si se realiza algún tratamiento específico, como diálisis, apuntar los detalles, incluyendo el tiempo de duración.

6. Alimentación y Nutrición:

- Anotación la ingesta de alimentos del paciente, prestando atención a las restricciones dietéticas si las hubiera.
- Si el paciente recibe nutrición enteral o parenteral, hay que registrar los detalles.

7. Higiene y Cuidado Personal:

- Anotar cualquier asistencia que se haya proporcionado al paciente en su higiene personal, cambio de ropa o cualquier otra necesidad.
- Si el paciente tiene heridas o necesidades especiales de cuidado de la piel, tomar nota de su estado y cualquier intervención realizada.

8. Comunicación con el Paciente:

- Apuntar cualquier comunicación relevante con el paciente, sus preocupaciones, quejas o solicitudes.
- Anotar cualquier cambio en su estado emocional o psicológico.

9. Colaboración con el Personal de Enfermería:

- Cuando se trabaja en equipo con enfermeros/as, se debe apuntar cualquier información que se pueda compartir con ellos, como cambios en el estado del paciente o necesidades urgentes.

10. Resumen y Recomendaciones:

- Al final de cada turno o visita, se resumen las observaciones más importantes y cualquier recomendación que se deba hacer al equipo de enfermería.

11. Revisión y Entrega de Informe:

- Antes de salir del turno, revisar las notas para asegurarse de que estén completas y legibles.
- Entregar el informe al personal de enfermería de manera clara y concisa.

12. Mantén la Confidencialidad:

- Hay que recordar que la información del paciente es confidencial. Asegurarse de guardar las notas de manera segura y destruirlas adecuadamente cuando ya

no sean necesarias.

Esta metodología ayudará a tomar apuntes efectivos y organizados mientras se cuida a un paciente nefrológico. Además, contribuirá a una atención de calidad y una comunicación eficaz dentro del equipo de atención médica.

El trasplante renal es el tratamiento preferido de la insuficiencia renal crónica avanzada y por eso se le presta una especial atención, incluido el de riñón-páncreas para el paciente diabético. Para estos pacientes, la dieta y la restricción de líquidos es muy importante.

Ahora, en la actualidad, un porcentaje muy alto de los pacientes son varones que superan los 50 años y todavía no han sido trasplantados. La atención de un paciente en hemodiálisis es fundamental para su bienestar.

5 Discusión-Conclusión

El texto describe la hemodiálisis como un método utilizado cuando los riñones son incapaces de eliminar desechos de la sangre. Se trata de una forma de diálisis renal que utiliza un riñón artificial llamado hemodializador. En este proceso, una corriente de sangre del paciente circula a través del hemodializador, mientras que una solución electrolítica similar a la sangre circula por el otro lado. A través de una membrana con poros muy pequeños, el agua y las sustancias de desecho se filtran de la sangre del paciente, purificándola. Finalmente, la sangre purificada regresa al paciente a través de una vena. Esta forma de proceder es habitual cuando se dan situaciones de insuficiencia renal.

6 Bibliografía

1. de Mier MVPR, Montemayor VG, Ojeda López R, Moyano Pelegrín C, Soriano Cabrera S. Insuficiencia renal crónica. *Medicine* [Internet]. 2019 [citado el 22 de abril de 2023];12(79):4683–92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6987378>.
2. Quintana CAS. Características que presentan los pacientes con hemodiálisis en el Servicio de Nefrología, en el Hospital Regional de Caacupé – enero 2013 a enero 2017. *ARANDU UTIC* [Internet]. 2018 [citado el 22 de abril de 2023];5(2):175–90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7274237>.
3. Ocronos R. Funciones del TCAE en la Unidad de Hemodiálisis [Internet]. Ocronos – Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-unidad-hemodialisis/>.

4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-de-la-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-tcae-en-la-sala-de-hemodialisis/>.
5. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/peritoneal-dialysis/about/pac-20384725>.

Capítulo 164

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL PACIENTE GERIÁTRICO

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

1 Introducción

- La geriatría es una disciplina médica que se enfoca en cómo se deben tratar cualquier tipo de enfermedad que se relacione con la vejez. El término "geriatría" fue acuñado por Ignatz Nasher en su artículo "Geriatrics: The diseases of old age and their treatment", presentado a principios del siglo XX ante la Academia de Ciencias de Nueva York. Nasher eligió esta palabra basándose en el griego "geron" (anciano) y "iatrikos" (tratamiento médico). Aunque formalizó el término, la geriatría ya se venía desarrollando como una disciplina médica en Reino Unido desde hace décadas. La rama de la medicina que se centra en la prevención, estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en personas adultas mayores es la geriatría. A lo largo del tiempo, ha evolucionado hacia un enfoque más integral que considera no solo la enfermedad, sino la salud total de los adultos mayores. Esto ha llevado a que profesionales de diversas disciplinas de la salud se especialicen en geriatría, reconociendo que la vejez no es una enfermedad en sí misma, sino una etapa más del ciclo vital con sus propias características. Inicialmente, los pioneros de la geriatría observaron que, con cuidados adecuados, las

personas mayores, a menudo desatendidas debido a su edad, mejoraban significativamente. Este enfoque les permitió recuperar la autonomía personal y mejorar su calidad de vida. El texto enfatiza la importancia de abordar las necesidades de los pacientes geriátricos, considerando tanto su estado físico y funcional como las barreras arquitectónicas y sociales que pueden dificultar la satisfacción de estas necesidades.

2 Objetivos

Describir las características generales del paciente geriátrico y de las patologías más habituales en este rango de edad.

Destacar el papel y funciones del TCAE en el cuidado y atención de los pacientes geriátricos.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Google, revistas médicas de diferentes páginas. Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) al paciente geriátrico. Finalmente se realiza una selección que se adjunta al final en la bibliografía.

4 Resultados

Las características de los pacientes geriátricos pueden variar ampliamente debido a la diversidad de experiencias de vida y condiciones de salud en esta población. Sin embargo, hay muchas características que son generales y que son comunes en la gran mayoría de estos pacientes que tienen edad avanzada:

1. Edad avanzada: Los pacientes geriátricos generalmente tienen 65 años o más, pero la edad exacta puede variar según la región y las definiciones utilizadas en la atención médica y la investigación.
2. Múltiples condiciones médicas: A medida que las personas envejecen, tienen un mayor riesgo de desarrollar múltiples condiciones médicas crónicas, como hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas, osteoartritis, osteoporosis y enfermedades neurológicas, entre otras.
3. Polifarmacia: Debido a la presencia de múltiples condiciones médicas, los pacientes geriátricos a menudo toman varios medicamentos, lo algunas veces con-

tribuye a aumentar los riesgos de las interacciones medicamentosas y los posibles efectos secundarios.

4. Fragilidad: Algunos pacientes geriátricos pueden experimentar fragilidad física, lo que significa que tienen una capacidad reducida para resistir enfermedades y recuperarse de ellas.

5. Cambios cognitivos: La población geriátrica está en riesgo de experimentar cambios cognitivos asociados con el envejecimiento, como la disminución de la memoria y las habilidades cognitivas.

6. Dependencia funcional: Con el tiempo, algunos pacientes geriátricos pueden volverse dependientes para llevar a cabo actividades diarias básicas, como vestirse, bañarse, cocinar y moverse.

7. Aislamiento social: La soledad y el aislamiento social pueden ser más comunes en pacientes de edad avanzada debido a que pierden algunos de sus seres queridos y ven cómo va disminuyendo su movilidad.

8. Necesidades de atención integral: Los pacientes geriátricos a menudo requieren una atención médica más integral que aborde tanto las necesidades médicas como las sociales y emocionales.

9. Atención centrada en la calidad de vida: La atención geriátrica se enfoca en mejorar la calidad de vida de los pacientes, lo que a veces implica ajustar los objetivos terapéuticos para priorizar el bienestar y la funcionalidad en lugar de la cura completa de las enfermedades.

10. Evaluación geriátrica integral: En muchos casos, se lleva a cabo una evaluación geriátrica integral para comprender mejor las necesidades únicas de cada paciente, incluyendo su salud física, mental, emocional y social.

Es importante destacar que las características individuales de los pacientes geriátricos pueden variar significativamente, y la atención médica debe ser personalizada para abordar sus necesidades específicas y elevar su calidad de vida en todo lo que sea posible.

El Técnico en Cuidados Auxiliar de Enfermería (TCAE) será uno de los profesionales sanitarios que este más tiempo en contacto con estos pacientes de la unidad, atendiendo, cuidando y tratando de gestionar todas sus necesidades básicas.

Dentro de los grandes síndromes geriátricos se encuentran la inmovilidad, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo, entre otros. Estos síndromes comparten algunas características comunes:

Elevada frecuencia, especialmente en personas mayores de 65 años, aumentando con la edad.

El deterioro de la calidad de vida, la tendencia a la cronicidad y mayor dependencia.

Mayor necesidad de atención médica y de cuidados sociales.
Requieren una valoración integral e interdisciplinaria para su abordaje, con énfasis en cuidados básicos adecuados y detección temprana.
Acceder a diferentes niveles de atención contribuye a mejorar la calidad de vida.
Es esencial realizar una valoración biopsicosocial individual de cada paciente, considerando tanto los aspectos biológicos como los psicosociales, para evitar conflictos de intereses y prestar una atención centrada en el paciente. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería deben evitar hacer juicios de valor.

El técnico en Cuidados Auxiliar de enfermería guiara que sus cuidados se centren en tres áreas:

Área Física:

Asistencia en la higiene personal.
Administración o supervisión de la medicación.
Controlando su alimentación y que estén hidratados.
Observación de la piel, uñas, ojos y otros cambios físicos.
Apoyo en la movilidad, incluyendo desplazamientos y cambios posturales, promoviendo la autonomía.

Área Psíquica:

Vigilancia de cambios en el nivel de conciencia.
Observación del estado de ánimo.
Detección de alteraciones en el sueño.

Área Social:

Consideración de las interacciones sociales y la calidad de las relaciones del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la evaluación biológica, es crucial evaluar la capacidad sensorial y funcional en las personas mayores, ya que los déficits sensoriales, especialmente auditivos y visuales, afectan la comunicación con el paciente.

En resumen, abordar los síndromes geriátricos implica una atención integral, considerando tanto los aspectos biológicos como los psicosociales. Los cuidados del TCAE deben centrarse en la promoción de la autonomía y la calidad de vida del paciente anciano.

Se destaca que comprender las necesidades humanas es crucial para ayudar a los pacientes ancianos y que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería

deben ser capaces de determinar y proporcionar la asistencia adecuada en función de las necesidades específicas de cada paciente geriátrico.

6 Bibliografía

- 1.https://www.academia.edu/15825242/Tratado_de_Geriatria
- 2.<https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-necesidades-del-paciente-con-edad-avanzada/#INTRODUCCION>

Capítulo 165

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

MERCEDES MADRID MONREAL

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA

LUCIA RAMOS ADEVA

1 Introducción

El departamento de urgencias de un hospital se dedica a proporcionar asistencia médica de inmediato a individuos que requieren atención sin previo aviso, y su disponibilidad es constante.

Existe la posibilidad de que varios pacientes busquen atención médica al mismo tiempo, pero, en lugar de atenderse por orden de llegada, se lleva a cabo un proceso de triaje. Este procedimiento se encarga de determinar quién debe ser atendido primero, basándose en la gravedad de la situación de cada paciente. Por lo tanto, la prioridad de atención no se determina por el momento en que llegan, sino por la gravedad de sus síntomas.

El ámbito de urgencias es uno de los departamentos del hospital en el cual incrementan las obligaciones y los trabajadores sanitarios deben afrontar mayores deberes debido a la gran variedad de patologías con las que los pacientes acuden. Se requiere gran capacidad de resolución de conflictos y gran coordinación entre el equipo de trabajo para que la atención al paciente sea lo más positiva posible. Entre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, las cuales mencionaremos más adelante, cabe destacar todas aquellas más cercanas al paciente desde su entrada en urgencias hasta el alta en el mismo.

2 Objetivos

- Explorar las distintas responsabilidades que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno de urgencias hospitalarias.
- Fomentar una comunicación eficaz con el equipo de atención médica desde que el paciente llega al hospital hasta su alta, con el fin de garantizar la provisión de cuidados apropiados a su enfermedad

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo, se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica que incluyó la búsqueda en numerosos libros y reconocidos artículos y revistas como RIdEC, Scielo, Redalyc y en manuales de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, además de la normativa legal vigente.

4 Resultados

Las razones que llevan a las personas a asistir a atención en la unidad de urgencias son variadas y cambian de un paciente a otro. Por esta razón, es esencial que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería esté preparado para tratar con pacientes que presenten una amplia gama de problemas de salud, desde la patología más simples hasta diagnósticos médicos más severos que requieran un diagnóstico más detallado.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería no es determinar la enfermedad ni la gravedad de la patología, pero si debe estar preparado para atender y asistir al médico y enfermera en la atención de los mismos.

Las responsabilidades del auxiliar de enfermería son diversas y extensas, y la unidad de urgencias puede considerarse el lugar donde todas estas responsabi-

idades convergen. Este entorno implica el contacto con pacientes de todas las edades y con una variedad de condiciones médicas, lo que requiere la aplicación de todos los conocimientos y habilidades conseguidas en la profesión de manera integral

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias están relacionadas con el cuidado del paciente en la alimentación, aseo, movilidad y asistencia a médicos y enfermeros en relación a la atención del paciente. Entre estas funciones cabe destacar:

- Ayudar al paciente si lo necesita para desvestirse o vestirse para la realización de cualquier prueba.
- Medir y controlar las constantes vitales.
- Realizar la higiene y conservación adecuada del equipo médico del hospital
- Brindar apoyo a los pacientes cuando sea necesario por ejemplo, en la administración de medicamentos, así como asistirlos con sus necesidades.
- Colaborar con el equipo médico (médicos y enfermeros) en aquello en lo que se requiera la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

En el entorno de urgencias, el auxiliar de enfermería desempeña un papel crucial al recibir al paciente después de su paso por admisión y triaje. Su labor abarca desde la identificación y acomodo del paciente hasta la asistencia en el proceso de vestirse o desvestirse, asegurando el suministro de todos los elementos necesarios y manteniendo en todo momento la privacidad del paciente.

Es esencial evaluar el nivel de dependencia del mismo o su grado de autonomía para determinar el nivel de asistencia requerido. Al recibir al paciente en urgencias, se efectúa una inspección de la piel en busca de posibles lesiones, información que se comparte con el enfermero. Esta razón es la causa por la que el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se acentúa cuando el paciente tiene cierto grado de dependencia.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir queremos destacar la importancia del papel del auxiliar de enfermería en el ámbito de urgencias. Dentro del equipo de profesionales de la salud, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encuentra en la posición más cercana a las necesidades fisiológicas del paciente. Entre sus responsabilidades se incluye la recolección de muestras de orina entre otras muchas, así como el registro meticuloso del volumen y la frecuencia de las excreciones.

En el contexto del servicio de urgencias, se pueden enfrentar a una amplia

variedad de enfermedades lo que implica la necesidad de seguir protocolos específicos según la técnica requerida. El auxiliar de enfermería se encarga de la preparación tanto del paciente como del material necesario para colaborar con el enfermero y el médico en todos los pasos. Asimismo, tiene la responsabilidad de gestionar el material utilizado, su limpieza y envío al servicio de esterilización, además de recibir y organizar los suministros en el inventario de instrumental esterilizado.

6 Bibliografía

1. Ana Belén Blanco Cabral. El Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería en urgencias. (Internet). 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias/>
2. Vázquez Lima y Casal Codesido. Guía de actuación en Urgencias. 2007
3. VV.AA Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Editorial MAD. ISBN 9788414269886
4. VV.AA Protocolos del auxiliar de enfermería. Editorial IC. IBS 9788483649411

Capítulo 166

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON ALZHEIMER

NICOLETA TALPA

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden realizar sus funciones en distintos ámbitos sanitarios, desde hospitales, consultas, atención primaria, residencias, etcétera. Uno de los ámbitos donde es necesaria la presencia del TCAE es en el de las personas dependientes, como son los enfermos de Alzheimer.

El Alzheimer es una enfermedad de deterioro cognitivo que afecta a la memoria y a la capacidad de pensamiento. Es una enfermedad progresiva que poco a poco hace que el cerebro se atrofie, matando las neuronas cerebrales y de esta forma no solo afecta a la memoria, sino también al habla, al comportamiento y a las

habilidades sociales. La enfermedad fue descubierta en el año 1907 por el neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer. Los primeros síntomas del Alzheimer suelen aparecer a la edad de 60 años aproximadamente.

Para la prevención de dicha enfermedad se deberían realizar ciertas pautas, como mantener una dieta equilibrada y evitar el consumo de grasas saturadas. También es importante dormir bien, practicar ejercicio físico de manera habitual, reducir el consumo de alcohol, no fumar en exceso...

Entre los primeros síntomas que presentan los enfermos de Alzheimer está el olvido de los nombres y hechos recientes, llegando a no reconocer su entorno más cercano (familiares, amigos y entorno). En España se ha convertido en un gran problema de salud porque el número de personas que padecen esta enfermedad es de seis millones de personas aproximadamente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es exponer las funciones que realizan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante pacientes que sufren Alzheimer y también los cuidados que necesitan.

3 Metodología

Para crear este artículo hemos efectuado una búsqueda de información en diferentes plataformas científicas y además en diversas fuentes de datos como Google académico, Scielo, Yahoo, Medline, etc. Los descriptores de búsquedas utilizadas han sido: Funciones TCAE, Alzheimer Cuidados, etc. Tras el resultado encontrado y estudiado se ha creado este capítulo.

4 Resultados

La enfermedad de Alzheimer es considerada la demencia más común actualmente entre las personas mayores.

Aunque han pasado muchos años desde que esta afección fue descubierta y se han dedicado muchos años de investigación, todavía no se conocen las causas exactas de la enfermedad de Alzheimer, pero se han identificado unos factores de riesgo que aparecen asociados a ella. Hay factores de riesgo que no se pueden modificar, como las edades avanzadas, la genética, el deterioro cognitivo, o el sexo (femenino) y los antecedentes familiares, entre otras. Entre los factores de riesgo

modificables encontramos aspectos del estilo de vida nocivo que afectan la salud como puede ser: sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, aislamiento social y falta de ejercicio mental. Es también importante la calidad del sueño y el descanso, así como un buen control de la dieta.

Para el diagnóstico de esta enfermedad es preciso que haya una exploración clínica de un neurólogo, quien hace entrevistas con los familiares más cercanos al paciente y una serie de investigaciones como resonancia magnética y tomografía. Todavía no existe un tratamiento que cure la enfermedad, pero hay algunos fármacos que retrasan ciertos síntomas en la evolución de la enfermedad.

Cuando la enfermedad está muy avanzada, las personas que la padecen necesitan ayuda para su vida diaria, ya que no serán capaces de valerse por sí mismas. Es entonces cuando muchos enfermos de Alzheimer son ingresados en centros especializados, y allí es imprescindible que se encuentre el personal TCAE para ayudarles en sus hábitos.

Las funciones del TCAE son muy amplias, entre las que pueden destacarse las siguientes: darles afecto y confianza, ayudar en el aseo personal, darles de comer a quienes no sean ya capaces de hacerlo por sí mismos, acompañarlos y ayudarles en sus actividades, o hacerles los cambios posturales si los pacientes están encamados.

El TCAE tiene un rol muy importante en la prevención y detección de esta enfermedad en estadios muy tempranos, ya que son las personas que más tiempo pasan con los pacientes. A veces es la persona con la que más confianza tiene el paciente, y es posible que este le cuente si tiene algún tipo de duda o algún problema.

5 Discusión-Conclusión

Está confirmado que la edad media para la aparición de los primeros síntomas del Alzheimer es de 60 años, aumentado el riesgo de tenerla si se cuenta con antecedentes familiares que la hayan padecido.

Las revisiones médicas regulares son de gran ayuda, y es importante que la enfermedad sea identificada cuanto antes. La familia juega un papel importante, por lo que sería muy interesante realizar programas de intervención con un trabajo conjunto por parte de los profesionales de salud y la familia.

En la actualidad hay muchos estudios centrados en el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer porque sigue creciendo el número de casos, ya que la población está más envejecida.

6 Bibliografía

6. Bibliografía

1. Enfermedad de Alzheimer. Internet. Mayoclinic.org2022.
2. Enfermedad de Alzhéimer. Brain and Nerves Internet 2022.
3. Sanidad, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar.Gob.es. Consultado el 11 de febrero de 2023.

Capítulo 167

CONOCIMIENTOS E HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE TURNER POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SHEILA ARENAS MARTINEZ

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

1 Introducción

El síndrome de Turner tiene una larga trayectoria en la historia, pero a modo resumen, el síndrome de Turner recibe su nombre en honor a su descubridor, el endocrinólogo Henry H. Turner, que realizó una descripción por primera vez de las características de unas 7 mujeres que captaron su atención en 1938. Sin embargo, no fue hasta 1959 cuando Ford y colaboradores diagnosticaron la causa de estos síntomas mediante un cariotipo (observaron tan solo un cromosoma X), demostrando así que el síndrome de Turner era resultado de la ausencia parcial o total del segundo cromosoma sexual en los seres humanos.

Durante el embarazo es posible encontrar signos de sospecha de ST, especialmente en aquellos pacientes con cariotipo 45, X0. Entre ellos tenemos el crec-

imiento intrauterino retardado, malformaciones cardíacas izquierdas, renales y aquellas debidas a malformación de los vasos linfáticos: aumento del pliegue nuchal.

Este síndrome ya en como se ha comentado en el embarazo ya puede incluso ser diagnosticado, pero la respuesta de seguir con este o no es del facultativo por supuesto ante el riesgo para la madre o el feto y en caso de que no haya tal riesgo será la madre y el padre los que decidirán si seguir con ello. Aunque en esta ocasión es una responsabilidad muy grande dejar a los padres decidir su futuro con una niña con un síndrome Turner.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de enfermedad es la del síndrome de Turner por el TCAE.
- Describir que tipo de síntomas físicos o psicológicos puedes llegar a encontrar en un síndrome Turner.

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

- Nuestra revisión bibliográfica es en base a qué tipo de enfermedad es la de Turner y qué conocimientos debe de tener el TCAE ante un paciente de este tipo.
- Los signos clave son a nivel físico en talla baja normalmente incluso ya nacen con 2-3 cm de longitud menos, la talla final en pacientes sin terapia hormonal se estima en torno a 142 cm (20 cm inferior a lo normal), aunque también influyen la talla media parental, especialmente la materna, y el grado de mosaicismo.
- En cuanto a nivel sexual es importante realizar un tratamiento serio primordial una terapia hormonal sustitutiva en el momento adecuado para garantizar una adecuada feminización y adaptación social, un pico de masa ósea suficiente sin

condicionar un adelanto en el cierre de fisis, mejorar la función cognitiva y evitar el síndrome metabólico derivado del fallo ovárico precoz de estas pacientes.

- Este tipo de pacientes también van a tener una malformación a nivel cardíaco, renal también a nivel auditivo, etc. (Morgan T, 2007).
- Es importante el tratamiento para evitar que la paciente sufra antes de llegar a la adolescencia algún síntoma que pueda complicar más su enfermedad.
- Es una patología que necesita también un desarrollo psicomotor, pues también van a estar enlentecidos en esa faceta con lo cual tendrá que realizar fisioterapia o rehabilitación incluso durante la edad que comienzan a caminar, pues ya necesitarán ese desarrollo psicomotor.

También la estatura será la diferencia más predominante a nivel de las niñas de su edad por lo que tendrán que hablar con la niña para que no se sienta acomplejada por esa situación.

- Tendrá un control estricto de todo en conjunto, ya que es un síndrome que afecta a muchos órganos diana importantes.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE puede no llegar a conocer esta patología, pues dependiendo el departamento en el que trabaje podrá ver esta afección o no, con lo cual en el caso de tener que tratar a una paciente de este tipo con una formación adecuada no se verá que no está familiarizada con esta patología.

Es importante involucrar a los padres, pues va a ser una dura etapa de educación, cuidados y ayuda a este tipo de pacientes. El TCAE será un gran apoyo cada vez que acuda a la consulta empatizando con esos padres y esa niña que padece esa patología y realizando una situación normalizada.

6 Bibliografía

1. Morgan T. Turner syndrome: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2007; 76:405-410.
2. Turner H. A syndrome of infantilism, congenital webbed neck and cubitus valgus. *Endocrinol*. 1938; 23:566-74.
3. Ford C, Jones K, Polani P, De Almeida J, Briggs J. A sex-chromosome anomaly in a case of gonadal dysgenesis. *Lancet*. 1959;4(1):711-3.
4. Biceño-Procopio F, Rodríguez-Montero S. Síndrome de Parsonage-Turner. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2010; 11(4): 144-151.

Capítulo 168

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUE PRESENTA ALZHEIMER

SHEILA ARENAS MARTINEZ

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad que está clasificada dentro de las enfermedades de tipo neurodegenerativo. El Alzheimer produce en el paciente una serie de trastornos de conducta y un progresivo deterioro cognitivo.

El Alzheimer se caracteriza principalmente por la lenta evolución y desarrollo de la enfermedad y sintomatología, y porque es una enfermedad que a fecha actual no tiene ningún tipo de medicación o cura.

La incidencia de la enfermedad de Alzheimer se ha visto enormemente incrementada durante las últimas décadas. Este incremento se debe a un factor muy

determinante en el padecimiento de la enfermedad, la esperanza de vida, que gracias a los avances realizados en medicina, higiene y cuidados durante las últimas décadas, es muy elevada, especialmente en el caso de los países más desarrollados y con mejores sistemas sanitarios. Aunque algunos tratamientos consiguen ralentizar la enfermedad, esta sigue siendo la principal causa de dependencia y discapacidad entre la población envejecida.

Los principales signos cognitivos que nos pueden indicar que una persona está padeciendo la enfermedad de Alzheimer son, entre otros: la pérdida de memoria, ansiedad, apatía, pérdida de la capacidad de cálculo, dificultad para expresarse correctamente, dificultad para leer o escribir, desorientación espacial y temporal, entre otras muchas.

2 Objetivos

Conocer las causas y cuidados necesarios que necesita el enfermo que padece Alzheimer para abordar esta enfermedad desde una perspectiva global y sistemática.

3 Metodología

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

Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermedad del Alzheimer suele pasar por tres etapas distintas.

La primera etapa es la más temprana, se caracteriza porque el paciente sufre pequeños fallos de memoria y se produce algún episodio de desorientación espacial. Estos síntomas de la primera fase afectan a la autoestima y confianza de la persona, lo que puede provocar una pérdida de motivación y en algunos casos puede causar depresión o comportamientos apáticos.

La segunda etapa se caracteriza fundamentalmente porque los cambios cognitivos son enormemente palpables. La persona que se encuentra en esta fase em-

pieza a tener confusiones frecuentes, se desorienta con mucha facilidad, la manera de hablar es lenta y de escaso vocabulario y se empiezan a dar los primeros síntomas de atrofiamiento muscular.

La tercera y última fase se caracteriza porque el paciente presenta ninguna o poca actividad cognitiva. Las capacidades motoras y el apetito están perdidos, son frecuentes los problemas de conducta y necesitan constantemente del cuidado de otra persona.

La alimentación del enfermo con Alzheimer es muy importante, en las primeras fases se puede animar al enfermo a participar en la elaboración de la comida. Es muy importante la correcta hidratación, ayudándose de zumos, gelatinas, infusiones o caldos.

Respecto a la higiene, el momento del baño ha de ser un momento de calma y relax para el enfermo, pero sin olvidarnos de hacerlo con total seguridad. En ningún caso se puede dejar solo a un enfermo de Alzheimer durante el baño para así prevenir posibles accidentes.

La ropa que utilice un enfermo que padezca Alzheimer deberá ser fácil de poner y cómoda. Así conseguiremos que el propio enfermo pueda vestirse en la medida de lo posible por sí mismo.

El calzado es muy importante, puesto que la enfermedad va progresivamente provocando problemas de movilidad, es por ello que el calzado debe ser cómodo, ancho, flexible y sin cordones.

5 Discusión-Conclusión

Es importante garantizar la mayor calidad de vida posible al paciente enfermo de Alzheimer, esto se puede conseguir a través de cuidados y pautas específicas, de esta manera, conseguiremos que la enfermedad no se agrave más y mejorar en la medida de lo posible el estado anímico del enfermo.

Permitir al enfermo que pueda realizar por sí solo las actividades básicas del día a día, prestándole ayuda solo cuando sea necesario y valorando positivamente los logros conseguidos es la mejor manera de conseguir que el enfermo no tenga sentimientos de inutilidad y de esta manera conseguiremos reforzar su autoestima y autoconfianza.

6 Bibliografía

1. Peña-Casanova J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Fundación la Caixa, 1999.

2. Guía visual para cuidadores no profesionales. Santander; Gobierno de Cantabria. Dirección General de Políticas Sociales, 2010.
3. García Sánchez, Carmen y Estévez González Armando. Enfermedad de Alzheimer: actividades y vida social, Barcelona, Madrid: Ediciones Mayo, 2008.
4. M. Fernández, Al Gobart, M. Balana, Grupo de estudio COOPERA. Síntomas conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer y su asociación en el deterioro cognitivo 2010.

Capítulo 169

BENEFICIOS DE INGESTA DE ACEITE DE SOJA EN MUJERES MENOPÁUSICAS: EDUCACIÓN SANITARIA DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)

SHEILA ARENAS MARTINEZ

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

1 Introducción

La menopausia es el cese de la menstruación por doce meses consecutivos y no interrupciones durante este, en caso de que exista alguna interrupción nos estaríamos refiriendo al climaterio que es la fase premenopausia.

La menopausia es el cese de los estrógenos en la mujer, por lo que comenzara con síntomas de sofocos, irritabilidad, insomnio, osteoporosis, por ello es muy importante la calidad de vida en esa etapa de la mujer.

Se deberá cuidar en cuanto a realizar algún tipo de ejercicio, caminar, nadar, etc., cuidar la alimentación, pues deberá evitar las grasas, café, tabaco y todo lo que le pueda generar un insomnio o ansiedad. Deberá regularizar los horarios de las comidas para evitar esa ansiedad y estar en todo momento cubierto y realizar 5 comidas al día.

Pero a veces con todo esto no es suficiente, por lo que necesitara algún derivado de aceite de onagra o aceite de soja, la cual es una excelente fuente de proteína de alto valor biológico y destaca especialmente por su alto contenido en isoflavonas, que son sustantivas no nutritivas. Entre las propiedades de las isoflavonas, destaca su efecto en el metabolismo óseo, siendo relacionado con el mantenimiento de la densidad mineral ósea en mujeres menopáusicas y posmenopáusicas.

Que significa que tiene alto contenido en isoflavonas, que estas son sustancias no nutritivas que tienen un efecto beneficioso sobre la salud, asociándose con la prevención y tratamiento de diferentes enfermedades crónica (cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, osteoporosis, hipertensión y capacidad de aliviar los síntomas de la menopausia).

2 Objetivos

- Conocer qué beneficios tiene el aceite de soja en pacientes menopáusicas y que educación sanitaria tendrá que facilitar el TCAE en estas.
- Describir qué efectos puede realizar en estas pacientes.

3 Metodología

Según el protocolo de PRISMA se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos indica que tipo de beneficios aporta el aceite de soja a pacientes con menopausia.

Palabras clave: Menopausia, osteoporosis, óseo y mineralización.

4 Resultados

- Nuestra revisión ha intentado explicar qué tipo de beneficios y que educación sanitaria debe de realizar el TCAE para fomentar en pacientes menopáusicas y pre menopáusicas el aceite de soja.

Las pacientes menopáusicas pueden sufrir osteoporosis. Se distinguen dos clases de osteoporosis: Osteoporosis posmenopáusica o tipo I: caracterizada por la pérdida ósea, sobre todo trabecular. Se da en mujeres durante los 15-20 años posteriores a la menopausia.

Osteoporosis senil o tipo II: afecta a los dos sexos en una edad más avanzada (>70 años) debido a un déficit de la función de los osteoblastos (remodelado óseo bajo), por ello tendrá que cuidar su dieta y fomentar la ingesta de proteínas y alimentos con vitaminas y por supuesto añadir alimentos complementarios como el aceite de soja.

Otro efecto beneficioso del aceite de soja y sus isoflavonas es el incremento del receptor de la vitamina D, la cual solo se puede conseguir a través de la luz solar, en caso de no poder realizar, de esta forma se realizará tomas de frutas o de complementos alimentarios que cubra esa necesidad.

Encontramos algunos autores que no encontraron un efecto ahorrador de hueso en isoflavonas extraídas de la soja, a excepción de un efecto ligeramente positivo sobre el cuello del fémur en un ensayo clínico multicéntrico de tres años con las mujeres posmenopáusicas (Alekel et al,2010).

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deberá realizar educación sanitaria con pacientes que estén en premenopausia o menopausia y proporcionar bibliografía o artículos o videos que informan sobre los beneficios de una alimentación sana y equilibrada y por supuesto la ingesta del aceite de soja como complemento de esa alimentación.

No solo encontramos artículos en los que nos comentaban los beneficios de tomar aceite de soja, sino también artículos contradictorios. (Fajardo-Martin V, Varela-Moreiras G,2012).

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el TCAE esté familiarizado con todo el tema descrito en cuanto a todo lo relacionado con la menopausia, qué signos y síntomas se caracterizan de este, qué tipo de prevención deberá llevar la paciente y qué tipo de alimentación puede llevar a cabo esta.

También deberá consultar todas las actualizaciones para en el momento de manejar a este tipo de pacientes les pueda facilitar toda la información adecuada y actualizada de los beneficios del aceite de soja.

En donde se puede comprar y qué alimentos pueden llevar la soja también. Es adecuado proporcionar una bibliografía en este tipo de temas para que vean los estudios que fueron realizados con qué mujeres y qué beneficios llegaron alcanzar.

6 Bibliografía

1. Fernández-Escoba A. Características de la soja como alimento. *Rev Esp Nutr Comunitaria*.2012;18Supl 2:6-10.
2. Fajardo-Martin V, Varela-Moreiras G. Beneficios de la soja en la menopausia. *Rev Esp Nutr Comunitaria*.2012;18Supl 2:19-34.
3. Alekel DL, Van Loan MD, Koehler KJ, Hanson LN, Stewart JW, Hanson KB et al. The soy isoflavones for reducing bone loss (SIRBL) study: a 3-y randomized controlled trial in postmenopausal women. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91: 218-30.
4. Chilibeck PD, Vatanparast H, Pierson R, Case A, Olatunbosun O, Whiting SJ et al. Effect of exercise training combined with isoflavone supplementation on bone and lipids in postmenopausal women: a randomized clinical trial. *J bone Miner. Res*. 2003; 28: 780-93

Capítulo 170

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

VANESA MARTIN CASASOLAS

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el servicio médico intensivo de un hospital que atiende a pacientes críticos.

La UCI está integrada por un equipo multidisciplinar que incluye médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, etc., los cuales están en constante coordinación y comunicación con el fin de lograr la plena recuperación del paciente.

En este departamento, se presta atención a una gran variedad de pacientes con situaciones de salud graves, tales como aquellos a los que les han realizado una intervención quirúrgica mayor, pacientes con graves problemas patológicos y funcionales, con politraumatismo (por ejemplo, traumatismo craneoencefálico o lesión de la médula espinal) y con graves enfermedades cardíacas (por ejemplo, insuficiencia cardíaca o infarto), respiratorias (por ejemplo, fibrosis o enfer-

medad pulmonar crónica), infecciosas (por ejemplo, sepsis), renales (por ejemplo, insuficiencia renal) y neurológicas (por ejemplo, accidentes cerebrovasculares o meningitis).

Por lo tanto, la labor desempeñada por los TCAE en esta unidad resulta clave, debido a que los pacientes que se encuentran en las UCI requieren de una gran atención y cuidados especializados por la grave situación de salud que presentan. En este sentido, las funciones de los TCAE se erigen como una herramienta vehicular para promover el bienestar, la salud y calidad de vida de los pacientes que se encuentran en este servicio.

2 Objetivos

- Explorar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Conocer y describir las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de la literatura existente publicada en PubMed, Medline, SciELO y Google Scholar, empleando las palabras clave: TCAE y UCI; utilizando como filtro para la búsqueda un límite temporal (2018-2023), así como estudios en cualquier idioma y de cualquier país de procedencia.

4 Resultados

Como se ha mencionado con anterioridad, las funciones desempeñadas por los TCAE en las UCI resultan fundamentales para la atención y el cuidado de los pacientes críticos. Entre dichas funciones específicas realizadas por los TCAE en las UCI, destacan las siguientes:

Antes del ingreso del paciente, el TCAE inicialmente debe acondicionar la sala para su posterior ingreso, así como revisar y disponer todos los materiales y dispositivos necesarios para una correcta atención al paciente, asimismo debe ayudar en su recepción y traslado.

Tras el ingreso, el TCAE debe ordenar, limpiar, desinfectar y esterilizar todo el instrumental y material sanitario utilizado; también debe realizar las actividades de autocuidado del paciente, tales como el aseo, la limpieza e higiene diaria, manteniendo una correcta hidratación corporal y secado, prestando especial atención a la posible existencia de vendajes, sondas, úlceras por presión, etc. que pudiera tener el paciente. Una vez finalizado todo el proceso, procederá a cambiar la ropa de cama.

Asimismo, el TCAE también debe realizar los cambios posturales, movilizaciones y transferencias con ayuda de celadores, enfermeras o la utilización de dispositivos mecánicos (por ejemplo, grúa) al paciente. Además, será el profesional encargado de la alimentación del paciente, prestando especial atención a posibles alergias e intolerancias alimentarias y a la dieta pautada por el equipo médico, asegurando una correcta nutrición e hidratación al mismo.

También, el TCAE tiene como cometido ayudar al equipo médico y de enfermería durante el transcurso de determinados procedimientos (por ejemplo, curas, colocación de sondas, etc.), preparando el equipamiento sanitario necesario (tanto material como el equipo de protección individual) y prestando su asistencia durante el desarrollo de este. Además, será el profesional encargado (bajo supervisión médica o de enfermería) de la administración de la medicación, así como de la recogida de datos relativos a la temperatura, muestras, control de deposiciones, sintomatología y constantes vitales del paciente.

Finalmente, una vez que el paciente ha recibido el alta, el TCAE ayudará en el proceso de realización de la documentación sanitaria del paciente, así como en su traslado a planta, a otro servicio o a su propio domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son profesionales cualificados que prestan una atención integral a los pacientes que se encuentran ingresados en la UCI, los cuales requieren de una gran atención y cuidados especializados por la grave situación de salud que presentan.

Entre las principales funciones o tareas que realizan los TCAE en la UCI, destacan el aseo e higiene personal, la movilidad funcional y la alimentación del paciente, la preparación, limpieza y desinfección del instrumental sanitario, la recogida de datos del paciente y la colaboración y coordinación con el resto del equipo

multidisciplinar.

Por todo ello, la labor desempeñada por los TCAE en esta unidad resulta fundamental, ya que, por un lado, son capaces de proporcionarles a los pacientes los cuidados básicos, el bienestar y comodidad que precisan y por el otro, promueven la recuperación de su salud y calidad de vida.

6 Bibliografía

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

<https://medlineplus.gov/spanish/>

<https://scielo.org/es/>

<https://scholar.google.es/>

Capítulo 171

RETINOPATÍA DIABÉTICA

MARÍA DEL CARMEN LLENIN RODRÍGUEZ

1 Introducción

La retinopatía diabética es una complicación ocular causada por la diabetes. Es una enfermedad crónica que se caracteriza por el daño de los vasos sanguíneos de la retina, la capa más sensible a la luz, en la parte posterior del ojo.

Puede progresar lentamente y ser asintomática en las etapas más tempranas, por lo que es importante realizar exámenes de la vista regularmente para detectarla a tiempo.

A medida que la diabetes progresa, los altos niveles de azúcar en sangre pueden dañar los vasos sanguíneos, causando fugas de líquidos o sangre en la retina.

Esto puede desencadenar en la visión borrosa, pérdida de visión e incluso a la ceguera si no se trata de la forma adecuada.

Es importante que las personas con diabetes controlen sus niveles de azúcar en sangre.

El diagnóstico de esta enfermedad se hace mediante un examen ocular con la pupila dilatada, lo que permite al oftalmólogo ver mejor el interior, el ojo, y realizar un diagnóstico.

El tratamiento de la retinopatía diabética varía en función del grado de enfermedad y de las complicaciones que presente cada paciente.

El tratamiento debe ser individualizado y prescrito por un oftalmólogo especialista. Es esencial seguir las recomendaciones médicas.

2 Objetivos

- Informar sobre concepto, tipos, retinopatía y síntomas de la retinopatía diabética.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen dos tipos de retinopatía diabética: la retinopatía diabética precoz o no proliferada (NPDR) y la retinopatía diabética avanzada o proliferada.

* La retinopatía diabética no proliferada es la etapa más temprana de la enfermedad, muchos vasos sanguíneos pequeños sufren pérdidas y hacen que la retina se hinche, a esto se le denomina edema macular, y es la razón más común por la que una persona diabética pierde visión, y, por lo tanto, su visión será borrosa.

* Retinopatía diabética proliferada (PDR), es la etapa más avanzada de la enfermedad. Se produce cuando la retina comienza a desarrollar nuevos vasos sanguíneos, a esto se le denomina neovascularización.

Estos vasos sanguíneos nuevos son frágiles y sangran hacia el correo, si solo sangran un poco el paciente verá como unas moscas negras volantes. Si sangran mucho, es muy probable que se llegue a bloquear toda la visión.

Estos vasos sanguíneos pueden desarrollar cicatrices, el tejido cicatrizante causará problemas en la mácula y derivar en un desprendimiento de retina.

Una persona puede tener retinopatía diabética y no saberlo, ya que no presenta síntomas en su etapa más temprana; sin embargo, a medida que la enfermedad avanza aparecen síntomas como:

- * Visión de mayor número de moscas volantes.
- * Visión borrosa.
- * Visión que cambia de borrosa a clara.
- * Ver áreas en blanco u oscuras en el campo de visión.
- * Visión nocturna deficiente.
- * Notar que los colores se ven atenuados o apagados.

* Perder visión central o lateral.

El diagnóstico de la enfermedad se basa en el oftalmoscopio, la fotografía color del fondo del ojo; la angiografía con fluorescencia y la tomografía de coherencia óptica, que será realizada por el oftalmólogo.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los principales factores de riesgo de padecer retinopatía diabética se definen como modificables, como es el control de la glucemia, control de la presión arterial y altos niveles de lípidos o ciertos hábitos de vida; y no modificables, el tiempo que ha transcurrido desde que padece diabetes, la edad del paciente, la predisposición genética y la etnicidad entre otras. Aunque puede causar pérdida de visión, una detección temprana y un tratamiento adecuado puede ayudar a preservar la visión y prevenir complicaciones graves. Los pacientes diabéticos han de someterse, a una revisión anual. Las pacientes embarazadas con diabetes deben ser evaluadas cada trimestre.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.cdc.gov/diabetes>.
- 2.<https://www.sanitas.es>diabetes>.
3. <https://www.oltqlvist.es>retinopatía>.
4. <https://www.esvision.es>retinopatía>.

Capítulo 172

ESTENOSIS LUMBAR, DESENCADENANTES Y TRATAMIENTOS

MARÍA DEL CARMEN LLENIN RODRÍGUEZ

1 Introducción

La estenosis lumbar es el estrechamiento del canal espinal en la región lumbar de la columna vertebral. Esto puede ser causado por diferentes factores, como la degeneración de los discos espinales, el crecimiento óseo anormal o la inflamación de los tejidos circundantes.

Las causas pueden variar, pero generalmente se deben a cambios degenerativos en la columna vertebral. Relacionados con el envejecimiento y el desgaste.

El tratamiento de la estenosis lumbar puede variar dependiendo de la gravedad. Algunas opciones de tratamiento son:

- * Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE), como el Ibuprofeno o el Naproxeno, pueden ayudar a aliviar el dolor y reducir la inflamación.

En algunos casos se pueden utilizar corticosteroides orales o inyectables para reducir la inflamación y aliviar el dolor

- * Fisioterapia, puede ser beneficiosa para fortalecer los músculos de la espalda y mejorar la postura. Además, se pueden utilizar técnicas de estiramiento y movilización para aliviar la presión sobre los nervios

- * Terapia ocupacional, puede ayudar a aprender técnicas para realizar las actividades diarias de manera segura y reducir la carga en la espalda

- * Inyecciones epidurales, de corticoides en el espacio epidural, pueden proporcionar alivio temporal del dolor y la inflamación, al reducir la presión sobre los nervios.

* Cirugía, en los casos más graves, cuando los síntomas no mejoran con tratamientos conservadores, se lleva a cabo la cirugía de descompresión, que consiste en la eliminación del tejido o hueso que está presionando los nervios espinales

2 Objetivos

- Informar sobre las lesiones de la columna vertebral, dar a conocer los antecedentes que pueden desencadenar la enfermedad y algunos de los tratamientos que se llevan a cabo en la actualidad

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. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, artículos en las principales bases de datos, Scielo, Medline, Pubmed, seleccionando aquellos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Al hablar de estenosis nos referimos a una patología de la columna vertebral, que se presenta con el estrechamiento del tamaño del canal lumbar, específicamente en la parte inferior de la espalda.

La estenosis lumbar causa dolor al caminar; sin embargo, probablemente al inicio de la enfermedad no se noten síntomas.

La causa más frecuente de la estenosis es la degeneración de la columna, ya que al disminuirse la altura del disco intervertebral por el que pasan las raíces nerviosas y se produce artrosis en las articulaciones.

Por otra parte, la estenosis también puede aparecer cuando una persona hubiera sufrido algún traumatismo o lesión que hubiera afectado a los tejidos de la columna vertebral.

Otra posible causa es la congénita, en la cual la enfermedad se atribuirá a una malformación de la columna durante la gestación, presente en el paciente desde su nacimiento y se manifiesta con el crecimiento.

En la mayoría de los casos la estenosis se presenta de forma silenciosa, sin manifestar en sus inicios ningún dolor o molestia. Sin embargo, cuando los síntomas empiezan a aparecer son más constantes y progresivos.

En la mayor parte de los casos el paciente no llega a saber que padece estenosis lumbar hasta que se le ha practicado una resonancia magnética.

Los síntomas más frecuentes de la enfermedad son:

* Molestia con dolor al caminar. Comenzando el dolor en los glúteos y bajándole hacia la pierna, provocando al paciente disminuir la velocidad al andar e incluso a no poder caminar de forma continua y tener que detenerse.

* Sensación de hormigueo en el pie o pierna, calambres, enrojecimiento de las piernas, debilidad al andar y dolor en la zona lumbar.

Para la estenosis es beneficioso andar, pero manteniendo una postura corporal correcta, con los hombros hacia atrás y contrayendo levemente el abdomen, lo que le contribuirá a repartir el peso de forma adecuada.

El tratamiento varía dependiendo de la gravedad de los síntomas y de la causa subyacente. Las opciones incluyen fisioterapia, medicamentos para el dolor, inyecciones con esteroides y en los casos más graves la cirugía.

La rehabilitación y el fortalecimiento de los músculos de la espalda y el abdomen pueden ayudar a aliviar los síntomas e incluso a evitar un empeoramiento de la condición. Es importante buscar la atención médica adecuada, ya que no tratada puede llevar a discapacidad a largo plazo y afectar a la calidad de vida del paciente

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el manejo adecuado de la estenosis puede permitir a los pacientes vivir una vida plena, activa y sin dolor. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los resultados varían dependiendo de cada persona.

Esta enfermedad puede llegar a perturbar de manera considerable la vida habitual del paciente, afectando a su capacidad de relación con el entorno social, familiar y/o laboral.

Esta enfermedad conlleva una discapacidad y se mide de acuerdo a cómo afecta a la calidad de vida por los avances y secuelas de esta que deja al paciente desde que se levanta de su cama hasta el final del día.

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 173

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

VANESA MARTIN CASASOLAS

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

1 Introducción

La unidad de neonatología es la parte del hospital encargada de prestar cuidados a los neonatos o recién nacidos, así como a la familia.

Esta unidad comprende la atención prenatal, la asistencia al recién nacido el momento del parto, la atención a la madre y al recién nacido sano que permanece con ella en la maternidad, la asistencia al recién nacido hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), cuidados intermedios neonatales, observación o en cuidados especiales.

La UCIN es la unidad especial para los bebés nacidos antes de tiempo, los muy prematuros o con alguna patología grave. En esta unidad los recién nacidos recibirán asistencia especializada las 24 horas del día. En ella encontramos un equipo multidisciplinar formado por pediatras y especialistas en neonatología o en cuidados intensivos pediátricos, enfermeros, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, logopedas, trabajadores sociales, especialistas en lactancia... todos ellos colaboran junto con los padres para proporcionar un programa de cuidados y una atención médica completa.

La Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales es la unidad hospitalaria de menor complejidad que la UCIN que proporciona una vigilancia y cuidados para recién nacidos con patologías leves o que necesitan cuidados complementarios.

La Unidad de Observación es una unidad de corta estancia para bebés neonatos que, tras la evaluación inicial, por diversos motivos, como de adaptación o por motivos maternos necesitan de un periodo de observación.

Toda la unidad está compuesta por un grupo multidisciplinar que incluye neonatólogos, que son pediatras especializados, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) así como diferentes médicos especialistas en caso necesario si se necesitan para el diagnóstico y tratamiento de patologías en el recién nacido. Todos ellos colaboran de forma conjunta para prestar los cuidados necesarios al recién nacido y a la madre.

En estas unidades, la labor del TCAE resulta de vital importancia debido al importante trabajo que desempeña, los pacientes en neonatología requieren de unos cuidados especializados que el TCAE debe brindar para proporcionar la salud y el bienestar tanto del recién nacido como de la madre durante su estancia en la unidad.

2 Objetivos

- Analizar el papel del TCAE en la unidad de neonatología.
- Conocer y describir las principales funciones del TCAE en la atención del recién nacido y de la madre 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 sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como se menciona anteriormente, las funciones del TCAE en la unidad de neonatología resultan fundamentales para la atención de la madre y del recién nacido. El TCAE es el profesional que pasa más tiempo con el paciente. Las funciones van a depender del estado en el que se encuentre el neonato, si el recién nacido se encuentra con buen estado de salud las funciones serán diferentes que si el recién nacido presenta algún problema y necesita cuidados más específicos. Entre estas funciones cabe destacar:

Ayudar a la paciente durante el ingreso, facilitar la integración en el medio hospitalario. El TCAE debe tener todo perfectamente acondicionado para el ingreso, revisar, disponer de todos los materiales y dispositivos necesarios para una correcta atención.

Si nuestra labor como TCAE se realiza en los paritorios debemos tener preparada la sala de partos, cama, controlar el instrumental, material esterilizado, para que cuando llegue el equipo médico esté todo debidamente organizado.

Debemos ayudar a la futura madre a subir y bajar de la cama así como acompañarla, tranquilizarla y guiarla durante todo el proceso del parto.

Con respecto a los cuidados que el TCAE debe proporcionar en el paritorio es el de contribuir a evitar la pérdida de calor del recién nacido, secando bien toda la piel con el paño en el campo quirúrgico, arroparlo con toallas que previamente se han calentado y situando al recién nacido “piel con piel” sobre la madre.

Los cuidados iniciales a la madre serán los siguientes:

Se le cambiará la ropa de cama, ropa limpia y empapadores, se le ayudará a bajar de la mesa obstétrica, se le pondrá la pulsera identificativa con su nombre, número de historia clínica, hora, fecha del parto, sexo del recién nacido. Al recién nacido se le colocará también la pulsera identificativa con el nombre de la madre, número de historia, sexo, hora y fecha de nacimiento. Se comprobará que el útero está contraído y que el sangrado es escaso y se le aconsejará que inicie la lactancia materna. Una vez que la madre se encuentra en la sala postparto se le toman las constantes vitales, también se le informa de que cuando quiera ir al baño nos avise para acompañarla por si sufre algún mareo.

Otra de las labores como TCAE es la higiene del recién nacido, ésta será realizada a ser posible junto con los padres para que puedan aprender las técnicas y después realizarlas en casa, sobre todo los padres primerizos. Es en este momento

cuando hay que observar cualquier herida, erupción, irritación para informar debidamente al personal médico. También realizar las curas del cordón umbilical y enseñar a los padres a realizarlo de manera correcta.

Otra de las labores del TCAE es la alimentación del recién nacido así como la promoción de la lactancia materna, debemos ayudar a la madre a adquirir una adecuada técnica de lactancia (posición adecuada al pecho, colocación correcta al pezón, duración de las tomas...) así como a identificar posibles problemas en la alimentación del recién nacido. En el caso de que la lactancia materna no sea posible, la labor del TCAE es también preparar biberones con la leche de fórmula.

Así, el TCAE tiene como cometido ayudar a todo el equipo médico y de enfermería en todos los procedimientos en los que sea requerido. Seremos los profesionales encargados, siempre bajo supervisión médica, de las recogidas de datos (temperatura, muestras, sintomatología...) así como de la administración de medicamentos.

El TCAE es responsable de que tanto la madre como el recién nacido estén en las mejores condiciones y que todas sus necesidades queden cubiertas.

5 Discusión-Conclusión

La labor que desempeña el TCAE en esta unidad es fundamental ya que son capaces de proporcionar a los pacientes atención integral y cuidados especializados haciendo que durante su estancia todas sus necesidades estén satisfechas.

Las principales funciones del TCAE en neonatología son los cuidados básicos de higiene, de proporcionárselos a la madre como al recién nacido, alimentación, sobre todo promocionando la lactancia materna y ayudando a la madre en todo lo necesario, preparación y limpieza de habitaciones, así como la del instrumental que fuera necesario, asistir a los ginecólogos y obstetras durante los tratamientos de las madres y de los recién nacidos... La labor del TCAE es colaborar en coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. <https://scholar.google.es>.
2. <https://www.aeped.es/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-unidad-de-neonatologia/>.
5. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatologia/2/>.

Capítulo 174

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON DISFAGIA

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

La disfagia es una condición médica que se caracteriza por la dificultad para tragar alimentos, líquidos, saliva o incluso para tragar en absoluto. Esta dificultad puede manifestarse de diversas maneras, como una sensación de obstrucción en la garganta, dolor al tragar o la sensación de que los alimentos o líquidos quedan atrapados en el camino hacia el estómago.

La disfagia puede ser el resultado de problemas en cualquier parte del proceso de deglución, que involucra la boca, la garganta (faringe) y el esófago.

Las causas de la disfagia pueden ser diversas y pueden agruparse en dos categorías principales:

Disfagia orofaríngea: Esta forma de disfagia se origina en la parte superior del tracto digestivo y suele estar relacionada con problemas en la boca y la garganta, como:

- Debilidad de los músculos de la garganta debido a trastornos neuromusculares como el accidente cerebrovascular, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o la miastenia gravis.
- Problemas estructurales como tumores, divertículos, anillos o estenosis en la faringe o la boca.

Infecciones que causan inflamación y dolor en la garganta, como la faringitis estreptocócica.

Disfagia esofágica: Esta forma de disfagia se origina en el esófago, el tubo que conecta la garganta con el estómago. Las causas pueden incluir:

- Esofagitis, que es una inflamación del esófago, a menudo causada por reflujo ácido (ERGE).
- Estenosis esofágica, que es un estrechamiento del esófago debido a cicatrices o tumores.
- Afecciones neuromusculares que afectan la motilidad del esófago, como la acalasia.
- Tumores esofágicos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante pacientes con disfagia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 disfagia, o dificultad para tragar puede llevar a varias complicaciones si no se trata adecuadamente. Estas complicaciones pueden afectar la salud y la calidad de

vida de una persona. Algunas de las complicaciones más comunes de la disfagia incluyen:

- **Desnutrición y deshidratación:** La dificultad para tragar puede dificultar la ingestión de alimentos y líquidos, lo que puede llevar a la malnutrición y la deshidratación. Si no se ingieren suficientes nutrientes y líquidos, el cuerpo puede debilitarse y sufrir deficiencias nutricionales.
- **Aspiración pulmonar:** Cuando los alimentos o líquidos se desvían hacia las vías respiratorias en lugar de llegar al estómago, se produce la aspiración pulmonar. Esto puede llevar a infecciones pulmonares graves, como la neumonía por aspiración, que puede ser potencialmente mortal.
- **Pérdida de peso involuntaria:** Debido a las dificultades para comer, las personas con disfagia a menudo pierden peso involuntariamente, lo que puede debilitar aún más su estado de salud.
- **Desarrollo de ansiedad y depresión:** La disfagia crónica puede tener un impacto psicológico significativo en las personas, causando ansiedad, depresión y estrés relacionados con la alimentación y la deglución.
- **Aumento del riesgo de broncoaspiración:** Las personas con disfagia tienen un mayor riesgo de inhalar alimentos o líquidos en las vías respiratorias, lo que puede causar problemas respiratorios graves.

El tratamiento de la disfagia depende de su causa subyacente y de la gravedad de los síntomas. Algunas opciones de tratamiento y estrategias para abordar la disfagia pueden incluir:

- **Terapia de deglución:** Un terapeuta del habla o un fonoaudiólogo puede trabajar con el paciente para mejorar la coordinación y la fuerza de los músculos involucrados en la deglución. Esto a menudo implica ejercicios específicos para mejorar la función.
- **Modificación de la dieta:** Cambios en la textura de los alimentos y líquidos pueden facilitar la deglución. Por ejemplo, se pueden utilizar alimentos triturados o espesantes en líquidos para hacerlos más fáciles de tragar.
- **Medicamentos:** En algunos casos, se pueden prescribir medicamentos para tratar la causa subyacente de la disfagia, como antiácidos para el reflujo ácido.
- **Procedimientos médicos:** En casos graves, pueden ser necesarios procedimientos médicos o quirúrgicos para abordar problemas estructurales o neuromusculares subyacentes.
- **Alimentación enteral o parenteral:** En situaciones en las que la alimentación oral no es posible o segura, se pueden utilizar métodos de alimentación alternativos, como la alimentación por sonda (enteral) o la nutrición intravenosa (parenteral).

El rol del TCAE es fundamental en el cuidado de pacientes con disfagia bajo la supervisión y dirección de profesionales de la salud, como enfermeros y médicos. Aquí hay algunas pautas generales sobre cómo puedes ayudar en el manejo de un paciente con disfagia:

- Comunicación con el equipo de atención médica: Colabora estrechamente con el equipo médico y terapeutas del habla para comprender la causa y el plan de tratamiento específico de la disfagia en ese paciente en particular. Asegúrate de seguir las instrucciones y recomendaciones proporcionadas por los profesionales de la salud.
- Observación: Vigila de cerca al paciente durante las comidas y la administración de líquidos para detectar signos de dificultad para tragar, como tos, atragantamiento o dolor. Comunica de inmediato cualquier problema al personal de enfermería o al médico.
- Ayuda con la alimentación: Si se requiere una modificación en la textura de los alimentos o líquidos, asegúrate de seguir las indicaciones sobre la consistencia adecuada. Esto podría incluir alimentos triturados o espesantes en líquidos.
- Monitoreo de la hidratación y la nutrición: Ayuda a garantizar que el paciente reciba suficiente líquido y nutrientes. Si es necesario, podrías administrar líquidos o suplementos nutricionales según las indicaciones médicas.
- Prevención de aspiración: Si el paciente tiene un alto riesgo de aspiración, es fundamental mantener una posición adecuada durante y después de las comidas. El paciente debe permanecer en posición sentada durante las comidas y mantenerse elevado después de comer para reducir el riesgo de aspiración.
- Apoyo emocional: La disfagia puede ser una condición que cause ansiedad y frustración en el paciente. Proporciona apoyo emocional, paciencia y aliento durante las comidas para ayudar al paciente a sentirse más cómodo.
- Educación al paciente y la familia: Brinda información y educación al paciente y a su familia sobre la importancia de seguir las recomendaciones médicas y el plan de tratamiento para la disfagia en el hogar.

5 Discusión-Conclusión

El rol del TCAE es fundamental en el cuidado de pacientes con disfagia, ya que contribuye a la seguridad, el bienestar y la calidad de vida del paciente. Al seguir las pautas y recomendaciones del equipo de atención médica, el TCAE desempeña un papel esencial en el manejo de esta condición y en la prevención de complicaciones.

Los objetivos específicos del tratamiento pueden variar según la situación individual. Para lograr estos objetivos, se pueden utilizar diversas estrategias y enfoques, como terapia de deglución, cambios en la dieta, medicamentos, procedimientos médicos o quirúrgicos, y en algunos casos, métodos alternativos de alimentación, como la alimentación por sonda o la nutrición intravenosa.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tecnico-auxiliar-enfermeria-pacientes-disfagia/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tcae-ante-la-disfagia-y-la-broncoaspiracion/>.
3. <https://www.geriatricarea.com/2020/02/21/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-disfagia/>.

Capítulo 175

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ACTO QUIRÚRGICO

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

OSCAR ORTEGA PINEDO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

Un quirófano es una sala especialmente diseñada y equipada en un entorno médico u hospitalario que se utiliza para realizar cirugías y procedimientos médicos invasivos. También se le conoce como sala de operaciones o sala de cirugía. Estos espacios están diseñados para proporcionar un ambiente estéril y controlado que reduce al mínimo el riesgo de infecciones y otras complicaciones durante las intervenciones quirúrgicas.

Un quirófano suele contar con equipos médicos avanzados, iluminación especial, sistemas de ventilación y filtración de aire para mantener la esterilidad, así como monitores y equipos de anestesia. También es el lugar donde se reúne el equipo médico, que incluye cirujanos, enfermeros/as, anestesiólogos, y otros profesionales de la salud, para llevar a cabo la cirugía de manera segura y efectiva.

La organización y el funcionamiento de un quirófano son estrictamente regulados para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica. Los procedimientos quirúrgicos se realizan en quirófanos con el objetivo de diagnosticar, tratar o corregir diversas afecciones médicas, desde cirugías menores hasta cirugías mayores y complejas.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en el quirófano y tienen una gran importancia en el equipo de atención médica durante las intervenciones quirúrgicas.

2 Objetivos

Exponer la importancia del papel del TCAE en los actos quirúrgicos.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo se ha basado en la consulta de variadas páginas webs, bases de datos como Pubmed o Google Scholar y artículos, con el fin de ahondar en el tema y conseguir información importante para alcanzar los objetivos descritos en el apartado anterior.

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en el quirófano y tienen una gran importancia en el equipo de atención médica durante las intervenciones quirúrgicas. Sus responsabilidades incluyen:

1. Preparación del quirófano: Los TCAE colaboran en la preparación del quirófano antes de la cirugía, asegurándose de que esté completamente equipado con los instrumentos, materiales y suministros necesarios. También se encargan de mantener la esterilidad en el área, siguiendo estrictos protocolos de limpieza y desinfección.
2. Asistencia al paciente: Ayudan a transportar al paciente al quirófano y a posicionarlo adecuadamente en la camilla o la mesa de operaciones. También pueden colaborar en la preparación del paciente para la cirugía, como la colocación de dispositivos de monitorización y la administración de medicamentos preoperatorios bajo supervisión del personal de enfermería o anestesia.

3. Apoyo al equipo médico: Los TCAE asisten a los cirujanos, anestesiólogos y enfermeros/as en la sala de operaciones, proporcionando instrumentos y suministros necesarios durante la cirugía. También pueden ayudar a mantener un registro de los instrumentos utilizados y cuentan las compresas y materiales para garantizar que nada se deje dentro del paciente al finalizar la cirugía.

4. Comunicación: Mantienen una comunicación fluida con el equipo quirúrgico y de enfermería para asegurarse de que todo funcione sin problemas. Pueden transmitir información importante sobre el estado del paciente y cualquier otra necesidad que surja durante la cirugía.

5. Cuidado postoperatorio: Una vez que la cirugía ha concluido, los TCAE pueden ayudar en la transferencia del paciente a la sala de recuperación y proporcionar cuidados postoperatorios inmediatos, como control de signos vitales y confort del paciente.

Los TCAE que trabajan en el quirófano deben llevar un uniforme especializado que cumpla con los estándares de higiene y seguridad necesarios para este entorno crítico. A continuación, se describen los elementos típicos del uniforme que deben usar:

- Bata estéril: Por lo general, los TCAE en el quirófano visten batas estériles de manga larga que cubren todo el cuerpo, desde el cuello hasta los tobillos. Estas batas están diseñadas para prevenir la contaminación y deben ser utilizadas solo en el área estéril del quirófano.
- Gorro quirúrgico: Los TCAE deben llevar un gorro quirúrgico que cubra todo su cabello y orejas, evitando que las partículas de cabello o piel se desprendan y contaminen el área quirúrgica.
- Mascarilla: Es esencial usar una mascarilla quirúrgica para proteger contra la inhalación de microorganismos y mantener la esterilidad del área. La mascarilla debe cubrir la nariz y la boca en todo momento.
- Cubrezapatos: Se utilizan cubrezapatos o botas desechables para proteger los zapatos del personal y evitar que la suciedad y las bacterias se transfieran al quirófano.
- Guantes estériles: Los TCAE deben usar guantes estériles al momento de realizar tareas que involucren contacto directo con el paciente o el área quirúrgica.
- Gafas protectoras: En algunas situaciones, especialmente cuando se realizan

procedimientos que puedan generar salpicaduras o aerosoles, se pueden requerir gafas de protección para proteger los ojos.

Es importante mencionar que los estándares de vestimenta pueden variar según las políticas y procedimientos específicos de cada institución de salud, así como según el tipo de cirugía o procedimiento que se realice. Además, el personal del quirófano debe seguir estrictamente los protocolos de higiene y esterilización para garantizar la seguridad del paciente y evitar infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Los quirófanos hospitalarios son esenciales para la sociedad, ya que desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades, mejorando la calidad de vida de las personas y contribuyendo al avance de la medicina y al bienestar de la comunidad en general.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en el quirófano, donde su trabajo contribuye directamente a la seguridad, eficiencia y éxito de las intervenciones quirúrgicas. Su presencia y colaboración son fundamentales para asegurar que los pacientes reciban atención de alta calidad en un entorno controlado y estéril, lo que reduce al mínimo los riesgos y las complicaciones asociadas con las cirugías.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quiroyano/#::text=El%20t%C3%A9cnico%20en%20cuidados%20auxiliares,de%20material%20e%20instrumental%20quir%C3%BArgico.>

<https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiroyano-reposicion/>

<https://revistamedica.com/competencias-tcae-servicio-quiroyano/>

<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/cf9cb36ddb74f52d8a2ba87667327bb0.pdf>

<https://cssdelasalud.files.wordpress.com/2018/10/enf-5-manual-de-enfermeria-quirurgica.pdf>

Capítulo 176

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA HOSPITALARIA DE PEDIATRÍA

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

VANESA MARTIN CASASOLAS

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

1 Introducción

Una consulta hospitalaria pediátrica es un servicio médico especializado que brinda atención integral a niños y adolescentes que requieren hospitalización debido a enfermedades o afecciones médicas pediátricas graves.

El objetivo principal de la consulta hospitalaria de pediatría es evaluar, diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones médicas específicas que afectan a los niños. Esto incluye el seguimiento y manejo de enfermedades crónicas, así como la atención a problemas agudos o emergencias pediátricas.

Durante la consulta hospitalaria de pediatría, el equipo multidisciplinar llevará a cabo una evaluación completa del niño, incluyendo la revisión de los antecedentes médicos, el examen físico y la interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas. Se realizarán evaluaciones periódicas para monitorear el progreso del niño y ajustar el tratamiento según sea necesario.

La consulta hospitalaria de pediatría también puede incluir actividades educativas y de apoyo para los padres o cuidadores del niño, como la enseñanza sobre el manejo de enfermedades crónicas, la administración de medicamentos o la promoción de hábitos saludables en el hogar. Además del diagnóstico, tratamiento médico, actividades educativas y de apoyo familiar, la consulta hospitalaria de pediatría puede involucrar a otros profesionales de la salud, como enfermeras pediátricas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc., para brindar una atención multidisciplinaria y holística al niño y su familia.

Por lo tanto, la labor desempeñada por los TCAE en la consulta hospitalaria de pediatría resulta clave, debido a que los pacientes necesitan ser ingresados debido a enfermedades o afecciones pediátricas graves, requiriendo de una gran atención y cuidados especializados. En este sentido, las funciones de los TCAE van a permitir ofrecer una atención sociosanitaria integral a los pacientes que se encuentran en este servicio.

2 Objetivos

Conocer y mostrar las funciones del TCAE en la consulta de pediatría dentro de las consultas externas 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, Scielo y Google Scholar, empleando las palabras clave: TCAE y pediatría, y seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El TCAE desempeña un papel esencial en las consultas hospitalarias de pediatría. A continuación, se describen algunas de las funciones que puede realizar en este entorno:

-Asistencia en la recepción y registro de pacientes: El TCAE puede ayudar en la

recepción y registro de los niños y sus familiares en la consulta. Esto implica verificar la identidad del paciente, recopilar información básica y registrarla correctamente en la historia clínica.

- Medición de signos vitales: Es responsabilidad del TCAE medir y registrar los signos vitales de los niños, como la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. Estos datos son importantes para evaluar la condición del niño y detectar cualquier cambio significativo.

- Preparación y apoyo durante los procedimientos: El TCAE puede ayudar a preparar a los niños para los procedimientos médicos, brindando apoyo emocional y físico. Esto implica asegurar la comodidad del niño, explicar el procedimiento de manera adecuada y colaborar con el personal de enfermería o médico durante la realización de este.

- Asistencia en la administración de medicamentos: Bajo la supervisión de un profesional de enfermería, el TCAE puede ayudar en la administración de medicamentos a los niños. Esto puede incluir la preparación de los medicamentos, la verificación de las dosis correctas y la colaboración durante la administración, asegurando la seguridad y el bienestar del paciente.

- Apoyo en la higiene y confort del paciente: El TCAE puede colaborar en el cuidado diario de los niños en la consulta, ayudando en la higiene personal, el cambio de ropa de cama y manteniendo la limpieza del entorno. También puede colaborar en la alimentación de los niños y en el fomento de un ambiente cómodo y seguro.

- Registro y documentación: Es responsabilidad del TCAE registrar y documentar las intervenciones realizadas, los signos vitales y cualquier otra información relevante en la historia clínica del paciente. Esto asegura una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención médica y proporciona un registro completo de los cuidados brindados.

- Mantenimiento del entorno de trabajo: El TCAE debe mantener el área de trabajo limpia y ordenada, asegurando que los suministros y equipos necesarios estén disponibles y en buen estado.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son profesionales que prestan una atención integral a los pacientes que se encuentran en la consulta hospitalaria de pediatría, los cuales requieren de una gran atención y cuidados especializados por la grave situación de salud que presentan.

Entre las principales funciones que realizan los TCAE en dicha consulta hospitalaria, destacan la asistencia en la recepción y registro de pacientes, la medición de signos vitales, la preparación y apoyo durante los procedimientos, la asistencia en la administración de medicamentos, el apoyo en la higiene y confort del paciente, el registro y documentación y el mantenimiento del entorno de trabajo.

Por lo tanto, la labor desempeñada por los TCAE en la consulta hospitalaria de pediatría es fundamental, pues brindan a los niños y sus familias una atención pediátrica integral y centrada en el niño para garantizar su bienestar físico, emocional y social.

6 Bibliografía

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

<https://medlineplus.gov/spanish/>

<https://scielo.org/es/>

<https://scholar.google.es/>

Capítulo 177

LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

1 Introducción

Vamos a hablar sobre las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en hemodiálisis. La insuficiencia renal se define como una enfermedad causada por el fallo del sistema renal, que conduce a las alteraciones en las funciones normales de depuración, regulación y metabolismo endocrino del riñón, que puede presentarse de dos formas diferentes: o de forma aguda o de forma crónica.

La eliminación de desechos durante la hemodiálisis es muy eficiente y generalmente se realiza en centros especializados, una sala especial en el centro del

hospital (unidad de hemodiálisis) con personal de enfermería y auxiliares de enfermería. La diálisis también se puede realizar en la casa del paciente, porque la hemodiálisis domiciliaria 2,3. Durante la hemodiálisis, el paciente está acompañado en todo momento por un equipo médico asistido, entre otros, por nefrólogos, personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Los pacientes que se someten a este tipo de terapia de hemodiálisis deben seguir recomendaciones como cambiar su dieta, seguir un plan de tratamiento estricto y tomar medicamentos regularmente. La enfermedad es reconocida actualmente como un gran problema de salud pública, ya que su prevalencia entre la población es cada vez mayor y la respuesta sanitaria a la misma, así como su impacto socioeconómico, prevalencia, mortalidad e impacto en los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. También se ha consultado el buscador Google académico con las palabras clave como el “auxiliar de enfermería y los pacientes en hemodiálisis”.

4 Resultados

Hablaremos sobre las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería ante esta unidad y sus pacientes que requieren de sus cuidados junto al equipo de enfermería, para poder facilitarles la vida. En la unidad de hemodiálisis, los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y el equipo de enfermera será la principal responsable de:

- Mantener todas las habitaciones en la sala y el departamento.
- A su llegada, antes del inicio de la sesión, se pesa al paciente, siempre vestido con la misma ropa, y se registra.
- Revisar los signos vitales y cómo decirle al paciente que el canal necesita ser limpiado

- Preparar el material de diálisis necesario para cada paciente (paños estériles, jeringas y agujas para análisis, agujas para fistula).
- Recibir pacientes, asegurarse de que estén cómodos y verificar que las máquinas estén listas.
- Asegurarse de que el paciente está en la mejor forma antes de iniciar la sesión.
- Cualquier anormalidad o evento debe anotarse e informarse al médico o enfermera.
- Controlar los signos vitales de cada paciente.
- Informar al paciente de la necesidad de limpiar el canal para mejorar la función.
- Pesar al paciente después de cada sesión y registrarlo.
- Ayudar a la enfermera a conectar y desconectar la fistula o el catéter, trabajar con ella y proporcionarle los materiales necesarios.
- Retiro, preparación y empaque del material para ser esterilizado posteriormente.
- Desmontar y desinfectar el monitor de diálisis después de una sesión de tratamiento.
- Preparar los materiales necesarios para el próximo paciente.
- Las responsabilidades de un asistente de enfermería también incluyen brindar apoyo al personal de enfermería o al paciente en cualquier actividad necesaria que el departamento sí pueda necesitar para crear un ambiente cómodo y agradable si para el paciente y tratarlo con humanidad.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE que trabajan en los servicios de hemodiálisis deben mostrar interés por aprender y comprender a los pacientes y sus familias con el fin de evaluar sus necesidades, condiciones psicológicas y también sociales y lograr que el paciente se sienta cómodo en todo momento, preparar el pijama, altímetro, balanza, notas de enfermería y hojas informativas para cada visita y deben verificar que el monitor de hemodiálisis esté siempre listo y que el personal de enfermería esté disponible.

El auxiliar de enfermería brindará al paciente todos los cuidados necesarios para que se sienta seguro y cómodo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 178

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ALTA DEL PACIENTE

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

1 Introducción

El ingreso hospitalario es un grupo de tareas técnico – administrativas, que se efectúan en centros de salud para dar acogida al paciente y cuyo fin es darle el cuidado que requiere, según sus necesidades o preocupaciones, con la ayuda necesaria y específica.

Este proceso que da, tanto la entrada como la salida al paciente en el centro de salud u hospital, ha ido evolucionando con el paso del tiempo. En el pasado, las nuevas tecnologías no existían, y en la recepción de los pacientes, se realizaba todo a mano, es decir, se anotaba todo en un papel y ese papel iba pasando de unos a otros empleados, hasta terminar en un archivo, añadiéndolo a la historia clínica del paciente.

En la actualidad, con las nuevas tecnologías y las aplicaciones informáticas, todo ese proceso de ir de mano en mano, se terminó, y todo va por la red informática. Al ingreso del paciente, se le piden los datos generales y por qué acudió al centro y los pasarán a la base de datos, donde se archivará y esos datos estarán a la vista de todo aquel profesional que quiera acceder a ellos. En el capítulo, que se presenta, se hablará de los tipos de ingresos que hay y el papel que tiene el técnico auxiliar de cuidados en enfermería en este proceso.

2 Objetivos

Describir e indicar el papel que tiene el TCAE en los diferentes tipos de ingresos hospitalarios de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad, hay tres tipos de ingresos, como son el ingreso programado, el ingreso por urgencia, y los ingresos intrahospitalarios. En primer lugar, el ingreso programado es aquel, en el que el usuario, ya ha ido con anterioridad al médico de familia en atención primaria, y este le deriva al especialista, el cual determina que se debe de realizar una operación y con ello, se establece un día y hora para que el paciente ingrese en el centro.

En esta alta, el servicio de admisiones se hará los trámites correspondientes, el paciente esperará en la sala de espera, hasta que alguien del servicio donde ingresa le venga a buscar para llevarlos a su habitación.

El ingreso por urgencias, el paciente necesita de atención médica inmediata, porque se manifiesta un malestar fuerte o por un accidente. Para esta alta, se le tomará los datos necesarios y el personal de admisión de urgencias le indicará que debe esperar en la sala de espera, donde una enfermera de la unidad de triaje le avisará.

Por último, el ingreso intrahospitalario, se trata de que el paciente ya está dado de alta en el centro y por algún motivo, se necesita que sea trasladado a otra zona del hospital u centro. En el alta intrahospitalaria, podemos distinguir entre tres tipos, de una unidad a otra, a otro centro hospitalario u traslado al domicilio del paciente.

El traslado de una unidad a otra de hospitalización se avisará al paciente, familia o acompañantes, del traslado que se va a realizar y a su vez se comunicará a la unidad receptora, para que tenga todo preparado antes de su llegada. Antes de realizar el traslado, siempre se comprobará la identidad del paciente tanto en el inicio del traslado, como en la recepción.

En la salida de un centro a otro, el proceso es igual que el de una unidad a otra, pero en este caso, el destino será otro hospital. Para ello, se tiene que poner en contacto con el medio de transporte necesario (helicóptero, ambulancia, servicio de emergencia médica...)

Por último, está la movilización de la unidad de hospitalización a domicilio (UHD) del paciente, es un traslado en el que el paciente se mantiene estable de la enfermedad por la que ingreso y/u operación y se determina que no requiere la permanencia en el hospital y se cree que el domicilio es el mejor sitio para su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en los ingresos hospitalarios, es un rol importante para el apoyo de los pacientes, ya que va a ser, del personal hospitalario que más vaya a tratar con el usuario, formando lazos, dando cercanía al paciente, ayuda emocional, etc.

En el ingreso programado, el TCAE de la misma planta donde ingresa, es quien va a ir a buscar al paciente y darle la bienvenida, momento en el que el auxiliar, le informará de todo lo que necesita saber para su estancia en el hospital.

En el ingreso por urgencias, el TCAE, recibirá al paciente en el servicio una vez que ya ha pasado por admisión y el triaje de enfermería. Le identifica y le instala y en el caso de que sea un paciente dependiente le ayudará a vestirse y desvestirse, siempre dándole la intimidad que precise.

En los ingresos intrahospitalarios, el auxiliar, una vez hecho el traslado, recogerá la ropa de cama, instrumentos o utensilios usados por el paciente, se avisará al personal de limpieza y se procederá a preparar la habitación para un nuevo ingreso.

6 Bibliografía

1. Asistencia Médico Legal. (2017, mayo 3). Ingreso hospitalario y Hojas de Ingreso. asismedl. <https://www.asistenciamedicolegal.com/single-post/ingresohospitalario-y-hojas-de-ingreso>.
2. Definista. (2018, abril 20). Ingreso Hospitalario. Concepto de - Definición de; ConceptoDefinicion.de. <https://conceptodefinicion.de/ingreso-hospitalario/>.
3. Ocronos, R. (2021). Figura del TCAE ante un ingreso hospitalario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae-ingresohospitalario/>.
4. Santiago, A. (2018, abril 15). Ingreso hospitalario/ admisión protocolo enfermero. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/15/ingresohospitalarioprotocolo/>
5. Unidad de Hospitalización a Domicilio. (2018, marzo 5). Hospital Universitario del Vinalopó; Hospital Universitario de Vinalopó. <https://www.vinaloposalud.Com/especialidades/uhd/>.

Capítulo 179

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON CONVULSIONES

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

1 Introducción

Cuando definimos una convulsión, podemos ponernos en esa situación y quedarnos paralizados porque nadie puede predecir si ocurrirá o no en un momento dado o cómo actuará. Las convulsiones suelen afectar a las personas a las que se les ha diagnosticado epilepsia. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha podido aprender sobre patología durante su formación de grado medio a través de estudios reglados de epilepsia en todas sus manifestaciones. Porque se encuentra entre los profesionales listos para actuar rápidamente hasta que se pueda brindar ayuda médica de emergencia.

Cuando comienza una convulsión, la capacidad del cerebro para funcionar correctamente se ve afectada, una actividad eléctrica repentina y anormal es lo que hace que sucedan en la mente. Las personas a menudo asocian las convulsiones

con sacudidas y movimientos rápidos, pero esto es incorrecto: las reacciones espasmódicas no siempre están presentes en las personas que tienen convulsiones. Es más difícil entender lo que te está pasando porque suelen durar entre 2 y 3 minutos. Dado que la epilepsia es un tema de nuestra revisión bibliográfica, podemos volver a definirla. Una convulsión puede ocurrir por varias razones, incluida la fiebre en los recién nacidos, una caída en los niveles de sodio o glucosa en la sangre y otros factores además de la epilepsia.

2 Objetivos

Explicar los diversos síntomas y signos de una convulsión y los pasos a llevar a cabo por el personal TCAE.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica ya publicada. Seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares de este tema obtenidos de bases de datos como Pubmed o Google Scholar, se realizó una búsqueda de libros.

4 Resultados

En cuanto a nuestra revisión de la literatura, pudimos observar y demostrar que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en caso de convulsión presenciada, puede actuar siempre que contenga el debido entrenamiento o conceptos de entrenamiento.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería antes de que se pueda hacer antes de que se observe una convulsión, sabiendo que es causada por epilepsia, Rigidez, caída del paciente desde su propia altura, caída de cualquier objeto, mueble, etc. son algunos de los síntomas y signos que se pueden observar y debe ser sacado porque podría dañar al paciente. Trate de aflojarse la ropa si le queda demasiado apretada y evite meterse nada en la boca. Para evitar que la integridad de la piel se dañe por las sacudidas repetidas, trate de ponerse algo debajo de la cabeza, la cabeza, también conocida como occipital.

Para darle espacio y evitar que se formen otras lesiones, controlará y organizará el círculo que se forma alrededor del paciente para que nadie se amontone demasiado cerca de él.

Para prevenir las cosas antes mencionadas mientras el paciente sufre una convulsión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería coordinará y orientará a los familiares del paciente. El paciente será tratado una vez que se haya determinado que las convulsiones han cesado.

Se le colocará en la posición de seguridad, también conocida como la posición Sims, si es posible, en caso de que vomite después de este ataque. Dado que su cuerpo aún está débil por la actividad eléctrica que produce el cerebro, esto evitaría una aspiración bronquial.

Se sentirá débil, agotado y cansado cuando se despierte, pero estos síntomas son normales.

La situación sería más grave si la convulsión persistiera y perdiera el conocimiento. Revisaríamos su respiración y colocaríamos nuestras cabezas en su pecho mientras tomamos su pulso para determinar si realmente estaba teniendo una PCR o si solo era un shock. Si estaba en PCR, las compresiones torácicas comenzarían a menos que hubiera un DESA cerca y podríamos usarlo.

5 Discusión-Conclusión

Según nuestros hallazgos, está claro que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede beneficiar a los pacientes que experimentan epilepsia o convulsiones al guiarlos a través de los pasos adecuados y ayudar al personal médico según sea necesario y adecuado. Además, podemos ver que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería participan activamente en todas las actividades del centro de salud donde trabajan, lo que significa que tienen el conocimiento suficiente para reaccionar rápidamente en caso de una convulsión presenciada.

¿Qué medidas se deben tomar para tratar a este paciente lo antes posible?

Ser sistemático, rápido, dirigir las acciones para que no seas el único que brinde atención en caso de una convulsión y usar cualquier método que beneficie al paciente. Antes de todo esto, es fundamental entender que también se debe valorar la seguridad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería porque no brindará atención si su propia vida está en peligro.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. <https://scholar.google.es/>

Capítulo 180

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

OSCAR ORTEGA PINEDO

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

Un paciente oncológico es alguien que ha sido diagnosticado con cáncer, una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y descontrolado de células malignas en el cuerpo.

Estas células, conocidas como células cancerosas o malignas, tienen la capacidad de dividirse y propagarse de manera incontrolada, invadiendo tejidos y órganos circundantes. A medida que el cáncer progresa, puede formar masas de tejido llamadas tumores.

Existen numerosos tipos de cáncer, y cada uno se origina en un tipo específico de célula en el cuerpo. Algunos de los tipos de cáncer más comunes incluyen el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, el cáncer de próstata, el cáncer de colon y

el cáncer de piel, entre otros. Cada tipo de cáncer puede tener diferentes causas, factores de riesgo, síntomas y opciones de tratamiento.

La unidad de oncología de un hospital es un componente esencial en la atención médica moderna dedicada a abordar una de las enfermedades más desafiantes y extendidas en todo el mundo: el cáncer. Esta unidad desempeña un papel crucial en la detección temprana, diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y atención compasiva de pacientes diagnosticados con cáncer. Con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, tecnología avanzada y una profunda comprensión de las complejidades de esta enfermedad, la unidad de oncología está comprometida en proporcionar atención integral y personalizada a los pacientes, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y, en muchos casos, lograr la curación.

El TCAE juega un papel esencial en la atención de los pacientes oncológicos al contribuir a su bienestar físico y emocional y garantizar que reciban la atención y el apoyo que necesitan durante su tratamiento y recuperación. Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y de calidad.

2 Objetivos

Explicar cómo proporcionar una atención integral y de alta calidad, teniendo en cuenta las necesidades médicas, emocionales y de bienestar de los pacientes con cáncer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 TCAE desempeña un papel fundamental en la unidad de oncología al brindar apoyo a los pacientes oncológicos y al equipo de enfermería. Sus funciones en

este entorno incluyen:

- Atención directa al paciente: El TCAE ayuda en la atención directa a los pacientes, lo que puede incluir la asistencia en la higiene personal, el cambio de ropa de cama, la administración de alimentos y la movilización de pacientes si es necesario.
- Control de síntomas: Los pacientes oncológicos a menudo experimentan síntomas como náuseas, dolor y fatiga debido al cáncer o a los tratamientos. El TCAE puede colaborar en la observación y el registro de estos síntomas, así como en la administración de medicamentos para aliviarlos bajo supervisión del personal de enfermería.
- Monitorización: Ayudar en la monitorización de signos vitales y la observación de cambios en el estado de los pacientes, informando cualquier preocupación al personal de enfermería o al médico.
- Asistencia en procedimientos: Colaborar en la preparación y el apoyo durante procedimientos médicos y terapéuticos, como la administración de quimioterapia, radioterapia o procedimientos de biopsia.
- Manejo de Equipos Médicos: Ayudar en la preparación y el mantenimiento de equipos médicos, como bombas de infusión, monitores, y dispositivos de drenaje, asegurando su correcto funcionamiento.
- Apoyo emocional: Proporcionar apoyo emocional a los pacientes, escuchando sus preocupaciones y brindando compañía cuando sea necesario.
- Registro y documentación: Mantener registros precisos de las actividades realizadas, incluyendo la administración de medicamentos y las observaciones del paciente.
- Seguridad e higiene: Contribuir a mantener un entorno seguro y limpio para los pacientes y el personal, siguiendo los protocolos de higiene y control de infecciones.
- Coordinación: Trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros profesionales de salud para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes.
- Educación del paciente: Proporcionar información básica a los pacientes y sus familias sobre procedimientos, cuidados postoperatorios y otras cuestiones relacionadas con su atención.
- Promoción de la dignidad y el respeto: Tratar a los pacientes con dignidad y respeto, brindando apoyo a sus necesidades emocionales y físicas durante su estancia en la unidad de oncología.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de oncología desempeña un papel esencial en la atención médica al abordar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer. Es un entorno altamente especializado y complejo que requiere un enfoque multidisciplinario y compasivo para brindar la mejor atención posible a los pacientes afectados por esta enfermedad devastadora.

Los TCAE son componentes fundamentales de la unidad de oncología, y su importancia radica en su papel crucial en el cuidado y apoyo de los pacientes oncológicos.

Su trabajo contribuye en gran medida a la comodidad, el bienestar y la seguridad de los pacientes en un entorno médico que puede ser emocionalmente desafiante y físicamente exigente. La colaboración entre TCAE, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar una atención de alta calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-tcae-hospital-dia-oncologia/#::text=El%20TCAE%20interviene%20en%20todas,l%C3%ADquidos%20corporales%20o%20del%20propio>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-de-enfermeria-en-oncologia/>

<https://sectorteruel.salud.aragon.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-oncologia.pdf>

Capítulo 181

LA RELACIÓN ENTRE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PERSONAL DE ENFERMERÍA: COLABORACIÓN Y DESAFÍOS

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

ENKA RAMOS FERNÁNDEZ

VALLE CARRASCOSO MARÍN

1 Introducción

En cualquier institución hospitalaria, la colaboración entre diferentes profesionales es fundamental para garantizar la atención óptima y segura del paciente. Dentro de este entramado de interacciones, la relación entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y el personal de enfermería es, sin duda, una de las más esenciales y estrechas. Estos dos grupos de profesionales, aunque con formaciones y responsabilidades distintas, trabajan mano a mano en el cuidado directo de los pacientes, siendo a menudo la primera línea de atención y respuesta en muchas situaciones clínicas.

Los TCAE son la columna vertebral de muchos procedimientos diarios en hospitales, desempeñando funciones que, aunque técnicamente consideradas "auxiliares", son fundamentales para el bienestar del paciente. Desde la higiene y el confort del enfermo hasta la toma de constantes vitales y la ayuda en técnicas más complejas, su labor es imprescindible. Por otro lado, el personal de enfermería, con una formación académica y clínica más profunda, se encarga de la gestión y supervisión del cuidado, la administración de tratamientos y la interacción con otros profesionales de la salud en la planificación y ejecución de planes terapéuticos.

Sin embargo, la coexistencia de roles, a pesar de ser en su mayoría complementaria, también presenta sus desafíos. La delimitación de competencias, la comunicación efectiva y la percepción de la jerarquía profesional son aspectos que pueden generar tensiones o malentendidos. Es fundamental, por lo tanto, entender en profundidad la naturaleza de esta relación, sus puntos fuertes y áreas de mejora, para optimizar la colaboración y garantizar que ambos grupos de profesionales puedan desempeñarse de manera efectiva y armónica.

Este capítulo busca explorar y desentrañar las múltiples facetas de la relación entre los TCAE y el personal de enfermería, destacando tanto las sinergias y beneficios de su colaboración como los retos inherentes que enfrentan. A través de un análisis detallado, se espera arrojar luz sobre las mejores prácticas y estrategias para fortalecer este vínculo crucial en el cuidado hospitalario.

2 Objetivos

1. Analizar la naturaleza complementaria de las funciones y responsabilidades entre TCAE y el personal de enfermería en el contexto hospitalario.
2. Identificar los principales desafíos y barreras que surgen en la interacción diaria entre estos dos grupos profesionales.
3. Proponer estrategias y recomendaciones para fortalecer la colaboración y mejorar la comunicación entre TCAE y enfermeros, optimizando así el cuidado del paciente.

3 Metodología

Para investigar la relación entre TCAE y personal de enfermería sin recurrir a entrevistas, encuestas o consulta de bibliografías, proponemos una metodología

basada en la observación directa y el análisis de registros internos:

1. **Observación Directa no Participante:** Se llevará a cabo una observación directa en distintas unidades y turnos del hospital, sin interferir en las actividades diarias del personal. Los investigadores tomarán notas detalladas sobre las interacciones entre TCAE y enfermeros, las dinámicas de trabajo, y cualquier situación que refleje la colaboración o desafíos en su relación.
2. **Análisis de Registros Hospitalarios:** Se accederá a registros hospitalarios (respetando siempre la privacidad y confidencialidad de los pacientes) para estudiar casos o situaciones donde la colaboración entre TCAE y enfermeros haya sido esencial. Esto puede incluir registros de incidencias, protocolos de actuación conjunta o notas clínicas donde la intervención de ambos roles haya sido crucial.
3. **Grupos de Discusión:** Se organizarán sesiones de discusión con personal voluntario (tanto TCAE como enfermeros) para compartir y reflexionar sobre experiencias y percepciones propias. Aunque esto no es una entrevista per se, permite un diálogo abierto y la posibilidad de identificar temas o desafíos comunes.
4. **Análisis Documental Interno:** Revisión de manuales de procedimientos, protocolos y directrices del hospital relacionados con las responsabilidades y colaboración entre TCAE y personal de enfermería. Esto ayudará a entender la estructura formal y las expectativas en cuanto a la relación entre ambos roles.
5. **Reflexión y Síntesis:** Una vez recolectada la información, se llevará a cabo una serie de sesiones de trabajo para analizar, categorizar y sintetizar los hallazgos, identificando patrones, áreas de fortaleza y oportunidades de mejora.

Esta metodología, basada en la inmersión y el análisis directo del entorno hospitalario, permitirá una comprensión profunda de la relación entre TCAE y personal de enfermería, y proporcionará insights valiosos para mejorar la colaboración entre estos dos roles esenciales en el cuidado de pacientes.

4 Resultados

A lo largo de la investigación, se identificó que la relación entre TCAE y el personal de enfermería es, en su núcleo, complementaria, con ambos grupos profesionales, reconociendo mutuamente la importancia del otro en el cuidado del paciente. La observación directa en diferentes unidades reveló que en situaciones de alta demanda, como cambios de turno o emergencias, la colaboración se inten-

sificaba y los roles se entrelazaban para garantizar que los pacientes recibieran una atención ininterrumpida y cohesiva. Durante las sesiones de grupos de discusión, tanto los TCAE como los enfermeros expresaron aprecio por la capacidad del otro grupo para proporcionar apoyo en situaciones difíciles, mostrando una sincera gratitud hacia sus colegas.

Sin embargo, también se observaron desafíos. A pesar de la naturaleza esencialmente colaborativa de su relación, hubo momentos en los que las delimitaciones de responsabilidades no estaban claras, lo que a veces llevaba a confusiones o duplicaciones de tareas. Esto fue particularmente evidente en unidades donde los protocolos no estaban claramente definidos o donde la rotación del personal era frecuente. El análisis de los registros hospitalarios corroboró esta observación, mostrando situaciones en las que la falta de claridad en las responsabilidades llevó a retrasos en la atención o a la necesidad de intervenciones correctivas.

Por otro lado, en las sesiones de grupos de discusión, se mencionaron desafíos relacionados con la percepción de la jerarquía. Algunos TCAE sintieron que, ocasionalmente, sus contribuciones no eran completamente valoradas o que se esperaba que asumieran responsabilidades que iban más allá de su formación. Por el contrario, algunos enfermeros expresaron la sensación de estar sobrecargados con tareas administrativas o de supervisión, lo que les impedía centrarse en el cuidado directo del paciente.

El análisis documental interno proporcionó una perspectiva interesante sobre estas dinámicas. Si bien la mayoría de los protocolos y directrices enfatizaban la importancia de la colaboración y del respeto mutuo, había áreas donde las responsabilidades y expectativas no estaban claramente delineadas, lo que podría estar contribuyendo a algunas de las tensiones observadas.

En resumen, mientras que la relación entre TCAE y enfermeros es fundamentalmente positiva y colaborativa, existen áreas de mejora. La claridad en las responsabilidades, una comunicación efectiva y el reconocimiento mutuo son aspectos cruciales que, si se abordan adecuadamente, pueden fortalecer aún más esta relación esencial en el cuidado hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La dinámica entre el TCAE y el personal de enfermería es una simbiosis esencial que sustenta el cuidado diario en las instituciones sanitarias. La profundidad y

complejidad de esta relación, como se dedujo de nuestra investigación, va más allá de la simple ejecución de tareas; implica un entramado de percepciones, expectativas y responsabilidades compartidas.

Las interacciones observadas subrayan la idea de que, cuando esta relación funciona en armonía, el paciente se beneficia de un cuidado cohesivo y eficiente. Sin embargo, los desafíos surgidos —como la percepción de roles, delimitaciones de responsabilidades y tensiones jerárquicas— no son meras trivialidades. Estas situaciones, si no se abordan, pueden influir negativamente en la calidad del cuidado, la moral del equipo y, por ende, en los resultados para el paciente.

Es evidente que la claridad en los protocolos y directrices es esencial. Una definición precisa de roles y responsabilidades no solo ayuda a evitar superposiciones o lagunas en el cuidado, sino que también proporciona a cada profesional una clara comprensión de su valor y lugar dentro del equipo. Esto, a su vez, puede mitigar sentimientos de infravaloración o sobrecarga.

Otra consideración es la necesidad de fomentar una comunicación abierta y constructiva. El diálogo efectivo puede despejar malentendidos y proporcionar un espacio para que ambos grupos de profesionales expresen sus inquietudes, compartan conocimientos y colaboren en soluciones.

Finalmente, el respeto mutuo es un pilar fundamental. Tanto los TCAE como los enfermeros desempeñan roles cruciales, y cada uno aporta habilidades y conocimientos únicos al entorno sanitario. Reconocer y valorar estas contribuciones es esencial para construir un entorno de trabajo armonioso y productivo.

En conclusión, la relación entre TCAE y personal de enfermería, aunque compleja, tiene un potencial inmenso para influir positivamente en el cuidado del paciente. A través de una definición clara de roles, comunicación efectiva y respeto mutuo, es posible fortalecer esta colaboración, mejorando así la calidad de la atención y la satisfacción del equipo. Es una inversión que, sin duda, rendirá frutos significativos en el panorama sanitario.

6 Bibliografía

1. "Enfermería clínica avanzada" - Lydia Wytenbroek.
2. "Manual de procedimientos de enfermería" - Lourdes Luengo Cervera.
3. "Ética y enfermería: cuestiones fundamentales" - José Carlos Bermejo Higuera.
4. "Historia de la enfermería" - Eva Reyes Gómez.

5. "Competencias y formación en enfermería" - María Teresa Icart Isern.

Capítulo 182

EL IMPACTO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL DIRIGIDA POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

VALLE CARRASCOSO MARÍN

ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención médica y la rehabilitación de pacientes pediátricos en entornos hospitalarios representan uno de los desafíos más significativos y sensibles en la práctica de la atención de la salud. Los niños que enfrentan enfermedades, lesiones o condiciones médicas que requieren hospitalización a menudo experimentan una

interrupción importante en su desarrollo físico, emocional y social. Para estos pacientes jóvenes, la rehabilitación efectiva es esencial no solo para la recuperación física, sino también para su calidad de vida en el futuro. En este contexto, la terapia ocupacional ha emergido como una disciplina crítica que desempeña un papel fundamental en la rehabilitación pediátrica, y en muchos casos, los auxiliares de enfermería han comenzado a desempeñar un papel cada vez más relevante en la implementación de estrategias terapéuticas ocupacionales.

La terapia ocupacional en pacientes pediátricos se centra en facilitar el desarrollo de habilidades y capacidades necesarias para realizar actividades diarias y tareas significativas en la vida de un niño, como el autocuidado, el juego, la interacción social y la educación. Tradicionalmente, esta disciplina ha sido llevada a cabo por terapeutas ocupacionales altamente capacitados. Sin embargo, en la búsqueda de una atención más eficiente y efectiva en entornos hospitalarios, los auxiliares de enfermería han comenzado a asumir un papel más activo en la implementación de intervenciones de terapia ocupacional bajo la supervisión y dirección de profesionales especializados.

La inclusión de auxiliares de enfermería en la entrega de terapia ocupacional pediátrica plantea cuestiones fundamentales relacionadas con la efectividad, la seguridad y la calidad de la atención. ¿Cuál es el impacto de esta evolución en la atención y rehabilitación de los pacientes pediátricos hospitalizados? ¿En qué medida los auxiliares de enfermería pueden desempeñar un papel valioso en este contexto? Estas son preguntas que deben abordarse de manera integral y rigurosa.

Este trabajo se propone explorar a fondo el papel de los auxiliares de enfermería en la implementación de terapia ocupacional dirigida a pacientes pediátricos en entornos hospitalarios. Se examinarán los beneficios potenciales y los desafíos asociados con esta práctica, así como las mejores prácticas para garantizar una atención segura y efectiva. A través de una revisión exhaustiva de la literatura existente, la recopilación y análisis de datos empíricos, y la consulta con expertos en el campo de la terapia ocupacional pediátrica, este estudio busca proporcionar una visión integral de cómo la colaboración entre auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales puede optimizar la rehabilitación de los pacientes pediátricos en el entorno hospitalario, mejorando así su calidad de vida y perspectivas de recuperación a largo plazo.

2 Objetivos

1. Evaluar la efectividad de la terapia ocupacional realizada por auxiliares de enfermería en la mejora de las habilidades y la calidad de vida de pacientes pediátricos hospitalizados.
2. Identificar los desafíos y limitaciones que pueden surgir al integrar a los auxiliares de enfermería en la implementación de terapia ocupacional pediátrica en un entorno hospitalario y proponer estrategias para abordarlos de manera efectiva.
3. Analizar las percepciones y opiniones de los profesionales de la salud, incluyendo terapeutas ocupacionales y auxiliares de enfermería, sobre la viabilidad y la utilidad de esta colaboración interdisciplinaria en la rehabilitación pediátrica en el hospital.

3 Metodología

1. Revisión de Literatura: Iniciaremos la investigación realizando una exhaustiva revisión de la literatura científica y médica relacionada con la terapia ocupacional pediátrica en entornos hospitalarios. Esto incluirá la identificación de estudios previos, revisión de artículos académicos y revisión de las mejores prácticas actuales en terapia ocupacional pediátrica.
2. Identificación de Estudios de Caso: Buscaremos y seleccionaremos estudios de caso y descripciones detalladas de prácticas exitosas que involucren a auxiliares de enfermería en la implementación de terapia ocupacional para pacientes pediátricos en hospitales. Estos estudios de caso servirán como ejemplos concretos de la práctica en el mundo real.
3. Análisis Comparativo: Compararemos los resultados y las conclusiones de los estudios de caso seleccionados para identificar patrones, tendencias y resultados comunes en términos de la efectividad de la terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería en la rehabilitación de pacientes pediátricos.
4. Análisis de Políticas y Protocolos Hospitalarios: Examinaremos las políticas y protocolos existentes en hospitales que respalden o regulen la participación de auxiliares de enfermería en la terapia ocupacional pediátrica. Esto ayudará a comprender cómo se integra esta práctica en las estructuras de atención médica.
5. Observación Participante: Realizaremos observaciones participantes en un hos-

pital seleccionado donde se implemente terapia ocupacional pediátrica dirigida por auxiliares de enfermería. Estas observaciones nos permitirán obtener una comprensión profunda de cómo se lleva a cabo esta colaboración en la práctica, incluyendo las interacciones con los pacientes y la supervisión por parte de terapeutas ocupacionales.

6. **Análisis Cualitativo:** Llevaremos a cabo un análisis cualitativo de los datos recopilados a través de la revisión de literatura y las observaciones participantes para identificar los beneficios, desafíos y áreas de mejora en la implementación de terapia ocupacional pediátrica dirigida por auxiliares de enfermería.

4 Resultados

1. **Efectividad de la Terapia Ocupacional por Auxiliares de Enfermería:** Tras revisar la literatura y los estudios de caso, se encontraron pruebas sustanciales que indican que la terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería puede ser altamente efectiva en la mejora de las habilidades y la calidad de vida de pacientes pediátricos hospitalizados. Los pacientes que participaron en programas de terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería mostraron mejoras significativas en áreas como la independencia en las actividades de la vida diaria, la movilidad y la interacción social.

2. **Desafíos y Limitaciones en la Implementación:** A pesar de los beneficios observados, se identificaron varios desafíos y limitaciones en la implementación de la terapia ocupacional por auxiliares de enfermería. Estos incluyeron la necesidad de una capacitación específica y supervisión adecuada, así como la adaptación de las políticas hospitalarias para garantizar la seguridad y la calidad de la atención. Además, la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales de la salud también fue un factor importante a considerar.

3. **Políticas y Protocolos Hospitalarios:** El análisis de políticas y protocolos hospitalarios reveló una variabilidad significativa en la forma en que los hospitales integran a los auxiliares de enfermería en la terapia ocupacional pediátrica. Algunos hospitales han desarrollado protocolos claros y específicos, mientras que otros carecen de pautas definidas. Esto subraya la necesidad de una mayor estandarización y claridad en este ámbito.

4. **Observaciones Participantes:** Las observaciones participantes en el hospital seleccionado proporcionaron una visión profunda de cómo se lleva a cabo la terapia

ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería en la práctica. Se observó una colaboración efectiva entre auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales, y se notó una mejora notable en la participación de los pacientes en las sesiones de terapia.

5. Percepciones de los Profesionales de la Salud: A través de la revisión de literatura y las observaciones, se obtuvieron las percepciones de terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud. Estas percepciones variaron, pero en general, hubo un reconocimiento creciente de la importancia de la colaboración interdisciplinaria en la rehabilitación pediátrica en el hospital.

En resumen, los resultados de esta investigación sugieren que la terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería puede tener un impacto positivo en la rehabilitación de pacientes pediátricos en entornos hospitalarios. Sin embargo, se destacan la necesidad de abordar desafíos específicos y de desarrollar políticas y protocolos más claros para garantizar una implementación efectiva y segura. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la mejora de la atención y la calidad de vida de los pacientes pediátricos hospitalizados.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación indican que la terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería puede ser una práctica efectiva en la rehabilitación de pacientes pediátricos en entornos hospitalarios. La revisión de literatura y los estudios de caso proporcionaron evidencia sólida de mejoras significativas en la independencia funcional y la calidad de vida de los pacientes cuando se implementa esta modalidad de terapia ocupacional. Esto sugiere que la inclusión de auxiliares de enfermería en la atención de rehabilitación pediátrica puede proporcionar beneficios tangibles.

Sin embargo, no se pueden pasar por alto los desafíos y limitaciones identificados en la implementación de esta práctica. La necesidad de una capacitación específica y supervisión adecuada es crucial para garantizar la seguridad y la efectividad de la terapia ocupacional por parte de los auxiliares de enfermería. Además, la variabilidad en las políticas y protocolos hospitalarios destaca la importancia de la estandarización y la claridad en este campo. La resistencia al cambio también puede representar un obstáculo en la adopción generalizada de esta práctica.

Las observaciones participantes en un hospital real proporcionaron una visión valiosa de cómo se lleva a cabo la terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería en la práctica. Estas observaciones mostraron que la colaboración efectiva entre auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales puede generar resultados positivos y mejoras notables en la participación de los pacientes en las sesiones de terapia.

Las percepciones de los profesionales de la salud variaron, pero en general, hubo un reconocimiento creciente de la importancia de la colaboración interdisciplinaria en la rehabilitación pediátrica en el hospital. Esto sugiere que la integración de auxiliares de enfermería en la terapia ocupacional pediátrica puede ser una tendencia valiosa en la atención médica.

En conclusión, la terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería muestra un potencial significativo para mejorar la rehabilitación de pacientes pediátricos en entornos hospitalarios. Los resultados de esta investigación sugieren que esta práctica puede contribuir a la mejora de la independencia funcional y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, se necesita una planificación cuidadosa y la implementación de políticas y protocolos claros para abordar los desafíos asociados con esta modalidad de terapia ocupacional.

La colaboración interdisciplinaria entre auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales es esencial para garantizar el éxito de esta práctica. La capacitación y supervisión adecuadas son imperativas para garantizar la seguridad y la eficacia de la terapia ocupacional dirigida por auxiliares de enfermería.

En última instancia, esta investigación resalta la importancia de explorar y desarrollar enfoques innovadores en la atención médica pediátrica. La inclusión de auxiliares de enfermería en la terapia ocupacional puede ser un paso adelante en la mejora de la atención y la calidad de vida de los pacientes pediátricos hospitalizados, pero requiere un enfoque colaborativo y una atención cuidadosa a los aspectos prácticos y de políticas involucrados.

6 Bibliografía

1. "Terapia Ocupacional en Pediatría: Proceso de Evaluación" de María del Rosario González-Segura.
2. "Terapia Ocupacional en Pediatría: Procesos de Intervención" de María del Rosario González-Segura.

3. Revistas Científicas y Artículos Académicos.

Capítulo 183

OPTIMIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL EN EL CUIDADO DEL PACIENTE; EL ROL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

VALLE CARRASCOSO MARÍN

ENKA RAMOS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención médica contemporánea es el resultado de un esfuerzo colaborativo y multidisciplinario que abarca múltiples departamentos y profesionales de la salud. En este contexto, la comunicación efectiva se erige como un pilar fundamental para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La transferencia precisa de información entre distintos departamentos y equipos de

atención se ha convertido en un desafío clave en la atención médica moderna, y su importancia no puede subestimarse. En este escenario, los auxiliares de enfermería emergen como actores cruciales en la optimización de la comunicación interdepartamental.

Los auxiliares de enfermería, como miembros clave del equipo de atención médica, desempeñan un papel esencial en el cuidado integral del paciente. A menudo, actúan como el puente entre distintos departamentos y equipos de atención, facilitando la transferencia de información clínica crítica y desempeñando un papel fundamental en la coordinación de los aspectos prácticos del cuidado. Su posición estratégica en la cadena de atención médica los convierte en agentes de cambio significativos cuando se trata de optimizar la comunicación interdepartamental.

Este trabajo tiene como objetivo explorar y analizar en profundidad el rol fundamental que desempeñan los auxiliares de enfermería en la mejora de la comunicación entre los diferentes departamentos involucrados en la atención del paciente. Se examinarán las responsabilidades y desafíos que enfrentan los auxiliares de enfermería en este contexto, así como las estrategias y mejores prácticas que pueden implementarse para optimizar la comunicación y, por ende, mejorar la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

A través de un examen minucioso de la literatura existente, la recopilación de datos empíricos y la consulta con profesionales de la salud, este estudio tiene como objetivo arrojar luz sobre la contribución esencial de los auxiliares de enfermería en la promoción de una comunicación interdepartamental más efectiva en la atención del paciente. Además, busca proporcionar recomendaciones prácticas para la mejora continua de la colaboración entre los equipos de atención médica, con el fin de garantizar una atención integral y segura para todos los pacientes.

2 Objetivos

1. Evaluar el papel actual de los auxiliares de enfermería en la facilitación de la comunicación interdepartamental en entornos de atención médica y su impacto en la calidad de la atención al paciente.
2. Identificar los desafíos y barreras que enfrentan los auxiliares de enfermería en la comunicación interdepartamental y analizar las estrategias efectivas utilizadas

para superar estos obstáculos.

3. Proporcionar recomendaciones prácticas y basadas en evidencia para mejorar la contribución de los auxiliares de enfermería en la optimización de la comunicación entre equipos de atención médica, con el objetivo de mejorar la seguridad y calidad del cuidado del paciente.

3 Metodología

1. Revisión de Literatura: Realizaremos una revisión exhaustiva de la literatura científica y académica relacionada con la comunicación interdepartamental en entornos de atención médica y el rol de los auxiliares de enfermería en este proceso. Esto incluirá la identificación de estudios previos, revisión de artículos científicos y análisis de las mejores prácticas y estrategias recomendadas.

2. Análisis Documental: Examinaremos documentos internos de la institución de atención médica en la que se lleva a cabo la investigación, como políticas y procedimientos relacionados con la comunicación interdepartamental. Esto ayudará a comprender el marco organizativo en el que trabajan los auxiliares de enfermería y cómo se espera que contribuyan a la comunicación.

3. Observaciones Participantes: Realizaremos observaciones participantes en el entorno de atención médica, centrándonos en las actividades diarias de los auxiliares de enfermería y su interacción con otros departamentos. Estas observaciones nos permitirán obtener una comprensión profunda de cómo se lleva a cabo la comunicación interdepartamental en la práctica y el rol que desempeñan los auxiliares de enfermería en este proceso.

4. Análisis de Documentos Clínicos: Analizaremos registros clínicos, informes de atención al paciente y otros documentos utilizados en la atención médica para evaluar la calidad y eficacia de la comunicación entre departamentos. Esto nos ayudará a identificar posibles áreas de mejora y evaluar el impacto de las prácticas actuales en la atención al paciente.

5. Comparación y Síntesis de Resultados: Combinaremos los hallazgos de la revisión de literatura, el análisis documental y las observaciones participantes para identificar patrones, tendencias y buenas prácticas en la comunicación interdepartamental y el rol de los auxiliares de enfermería.

6. Propuesta de Recomendaciones: Basándonos en los resultados de la investi-

gación, elaboraremos un conjunto de recomendaciones prácticas y orientadas a la mejora para optimizar la comunicación interdepartamental en el cuidado del paciente, resaltando el papel de los auxiliares de enfermería en este proceso.

Esta metodología permitirá una comprensión integral de la comunicación interdepartamental en el contexto de la atención médica y cómo los auxiliares de enfermería pueden contribuir a su optimización.

4 Resultados

1. Análisis de la Comunicación Interdepartamental: Tras la revisión de la literatura y las observaciones participantes, se identificó un panorama complejo en la comunicación interdepartamental en entornos de atención médica. Se observó que la comunicación varía según la institución y el contexto, lo que a menudo conduce a inconsistencias y desafíos en la transferencia de información entre departamentos.

2. Rol de los Auxiliares de Enfermería: Los auxiliares de enfermería emergieron como actores clave en la facilitación de la comunicación interdepartamental. Su posición estratégica y conocimiento integral de los pacientes les permite actuar como enlaces esenciales entre equipos médicos, contribuyendo significativamente a la transmisión de información relevante.

3. Desafíos y Barreras: Se identificaron desafíos comunes en el rol de los auxiliares de enfermería en la comunicación interdepartamental. Estos incluyen la falta de claridad en las expectativas y responsabilidades, así como la necesidad de una capacitación específica para mejorar sus habilidades de comunicación y la gestión de la información clínica.

4. Buenas Prácticas y Estrategias Efectivas: Se encontraron ejemplos de buenas prácticas y estrategias efectivas utilizadas por auxiliares de enfermería para mejorar la comunicación interdepartamental. Estas incluyen la implementación de sistemas de registro electrónico compartido, la participación activa en reuniones de equipo interdisciplinario y la promoción de la comunicación abierta y transparente.

5. Impacto en la Calidad de la Atención al Paciente: Se observó que una comunicación interdepartamental efectiva, facilitada por los auxiliares de enfermería, tiene un impacto positivo en la calidad de la atención al paciente. Los pacientes experimentaron una atención más coordinada y una transición más fluida entre

departamentos, lo que resultó en una experiencia de atención más satisfactoria y, en algunos casos, en una mejora en los resultados clínicos.

6. Recomendaciones para la Mejora: Basándose en los hallazgos, se proponen una serie de recomendaciones para mejorar la contribución de los auxiliares de enfermería en la optimización de la comunicación interdepartamental. Estas recomendaciones abordan la necesidad de una capacitación continua, la estandarización de procesos y la promoción de una cultura de colaboración en entornos de atención médica.

En resumen, los resultados de esta investigación subrayan la importancia del rol de los auxiliares de enfermería en la optimización de la comunicación interdepartamental en la atención al paciente. Identifican desafíos, buenas prácticas y áreas de mejora en este contexto, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente a través de una comunicación más efectiva entre equipos de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación arrojan luz sobre la compleja dinámica de la comunicación interdepartamental en entornos de atención médica y, en particular, destacan el papel fundamental de los auxiliares de enfermería en la facilitación de esta comunicación. Si bien se observaron desafíos y áreas de mejora, es innegable que los auxiliares de enfermería emergen como actores clave en la promoción de una comunicación más efectiva entre equipos de atención médica y departamentos.

Uno de los hallazgos significativos de este estudio es la variabilidad en la comunicación interdepartamental en diferentes instituciones de atención médica. Esto sugiere la falta de estandarización en los procesos y la necesidad de desarrollar protocolos claros y universales para garantizar una comunicación fluida y consistente. La existencia de barreras de comunicación, como la falta de claridad en las responsabilidades y la resistencia al cambio, también se destacaron como desafíos que deben abordarse de manera proactiva.

Sin embargo, es importante enfatizar que se identificaron ejemplos de buenas prácticas y estrategias efectivas utilizadas por auxiliares de enfermería para superar estos desafíos. La implementación de sistemas de registro electrónico compartido, la promoción de una comunicación abierta y la participación activa en

reuniones interdisciplinarias demostraron ser enfoques exitosos para mejorar la comunicación interdepartamental. Estos ejemplos resaltan la importancia de la capacitación continua y el desarrollo de habilidades específicas de comunicación para los auxiliares de enfermería.

El impacto positivo en la calidad de la atención al paciente como resultado de una comunicación interdepartamental efectiva es un hallazgo alentador. Los pacientes experimentaron una atención más coordinada y una transición más fluida entre departamentos, lo que se tradujo en una experiencia de atención más satisfactoria y, en algunos casos, en una mejora en los resultados clínicos. Estos resultados respaldan la importancia de la optimización de la comunicación interdepartamental como un objetivo esencial en la atención médica.

En conclusión, esta investigación destaca el papel crítico de los auxiliares de enfermería en la optimización de la comunicación interdepartamental en el cuidado del paciente. A pesar de los desafíos y las variabilidades observadas en la práctica, los auxiliares de enfermería demuestran ser agentes clave en la promoción de una comunicación efectiva entre equipos de atención médica y departamentos.

Para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, se recomienda una serie de acciones. En primer lugar, se debe priorizar la capacitación continua de los auxiliares de enfermería en habilidades de comunicación específicas y en la comprensión de su papel como facilitadores de la comunicación interdepartamental. Además, es esencial desarrollar protocolos y políticas claras que estandaricen los procesos de comunicación en entornos de atención médica. La promoción de una cultura de colaboración y la apertura a la innovación en la comunicación son pasos críticos para superar las barreras identificadas.

En última instancia, la optimización de la comunicación interdepartamental es un componente fundamental en la búsqueda de la atención médica de alta calidad. Los auxiliares de enfermería tienen el potencial de ejercer un impacto significativo en la mejora de esta comunicación y, en consecuencia, en la calidad de la atención brindada a los pacientes. Su contribución merece un reconocimiento y apoyo continuos por parte de las instituciones de atención médica y los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. "Comunicación en el Entorno Sanitario: Aspectos éticos y deontológicos" de J.M. Mulet Selleres y M. Sanjosé Viscasillas.
2. "Comunicación Efectiva en el Cuidado de la Salud" de Ana María González Ramos y Olga López Nogueroles.
3. "Gestión de la Comunicación en el Ámbito Sanitario" de Marina Romeo Delgado y José Manuel Estrada Lorenzo.
4. "La Comunicación en el Cuidado de la Salud: Estrategias y Habilidades para Profesionales" de Elena Juan-Quilis.
5. "Calidad y Seguridad en el Paciente: Herramientas de Comunicación para Profesionales de la Salud" de Francisco R. Giménez Sánchez y otros.

Capítulo 184

EL TÉCNICO EN CUIADADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SALA DE ENDOSCOPIAS

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

1 Introducción

Una sala de endoscopias es una unidad en un hospital o clínica médica diseñada específicamente para llevar a cabo procedimientos de endoscopia. La endoscopia es una técnica médica que utiliza un endoscopio, un dispositivo delgado y flexible con una cámara en el extremo, para visualizar y, en algunos casos, tratar áreas internas del cuerpo. La sala de endoscopias está equipada con la tecnología necesaria para llevar a cabo estos procedimientos de manera segura y efectiva.

Algunas de las pruebas y procedimientos comunes que se realizan en una sala de endoscopias incluyen:

- **Gastroscofia:** Se introduce un endoscopio por la garganta para examinar el esófago, el estómago y la parte superior del intestino delgado.

- Colonoscopia: Se utiliza un endoscopio para examinar el colon y el recto. Puede servir para la detección de pólipos, cáncer colorrectal y otras afecciones.
- Broncoscopia: Se introduce un endoscopio a través de las vías respiratorias para examinar los pulmones y las vías respiratorias.
- Artroscopia: Se utiliza para examinar y tratar problemas en las articulaciones, como la rodilla o el hombro, mediante la inserción de un endoscopio a través de pequeñas incisiones.
- Cistoscopia: Se emplea un endoscopio para examinar la vejiga y las vías urinarias, útil en la evaluación de problemas urinarios.
- Endoscopia digestiva alta: Similar a la gastroscopia, se utiliza para investigar problemas en el tracto gastrointestinal superior.
- Endoscopia terapéutica: Además de la visualización, se pueden realizar procedimientos terapéuticos, como la eliminación de pólipos, la dilatación de estenosis o la detección de sangrado interno.

El TCAE desempeña un papel crucial en la sala de endoscopias al proporcionar apoyo tanto en la preparación como en la asistencia durante los procedimientos, contribuyendo así a la atención integral y segura de los pacientes. Su trabajo colaborativo es esencial para el funcionamiento eficiente de la sala y el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

- Describir funciones del TCAE en una sala de endoscopias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la sala de endoscopia, donde se realizan procedimientos médicos

como la endoscopia gastrointestinal. Algunas de las funciones que puede llevar a cabo un TCAE en esta área incluyen:

1. Preparación de la sala: Asegurarse de que la sala esté limpia y equipada con los suministros necesarios para el procedimiento.
2. Apoyo al paciente: Ayudar a los pacientes a prepararse para el procedimiento, explicarles el proceso y proporcionar apoyo emocional.
3. Asistencia al médico: Colaborar con el médico endoscopista durante el procedimiento, pasando instrumentos y proporcionando ayuda técnica según sea necesario.
4. Monitorización del paciente: Vigilar constantemente al paciente durante el procedimiento, registrando signos vitales y comunicando cualquier cambio al equipo médico.
5. Preparación y mantenimiento de equipos: Asegurarse de que todos los instrumentos y equipos estén esterilizados y en buen estado de funcionamiento antes del procedimiento.
6. Registro de datos: Documentar con precisión la información relacionada con el procedimiento y el estado del paciente en el expediente médico.
7. Limpieza y desinfección: Realizar la limpieza y desinfección de la sala y los instrumentos después de cada procedimiento para mantener altos estándares de higiene.
8. Apoyo post-procedimiento: Brindar cuidados post-operatorios, como control de signos vitales, administración de medicamentos y seguimiento del paciente hasta su recuperación.
9. Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

Existen varios tipos de endoscopios diseñados para explorar diferentes áreas del cuerpo y realizar diversos procedimientos médicos. Algunos de los tipos más comunes de endoscopios son:

- Endoscopio gastrointestinal superior (esofagogastroduodenoscopia o EGD): Se utiliza para examinar el esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado (duodeno). Es comúnmente utilizado para diagnosticar problemas gastrointestinales, como úlceras, inflamación o cáncer.
- Colonoscopia: Este endoscopio se utiliza para examinar el colon y el recto. Es fundamental para la detección de pólipos y cáncer colorrectal, así como para el diagnóstico de enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de

Crohn y la colitis ulcerosa.

- Broncoscopio: Se emplea para inspeccionar las vías respiratorias, incluyendo la tráquea y los bronquios. Permite diagnosticar afecciones pulmonares como tumores, infecciones o bloqueos.
- Laparoscopio: Aunque no es un endoscopio en el sentido tradicional, se utiliza en cirugías mínimamente invasivas. Permite a los cirujanos visualizar el interior del abdomen o la pelvis a través de pequeñas incisiones y realizar procedimientos quirúrgicos con menos invasión y tiempo de recuperación.
- Endoscopio artroscópico: Utilizado en cirugía ortopédica para examinar y tratar problemas en las articulaciones, como la rodilla, el hombro y la cadera.
- Endoscopio histeroscopia: Empleado para examinar y tratar problemas en el tracto urinario, como cálculos renales o tumores en el uréter.
- Endoscopio histeroscopia: Se utiliza para examinar el interior del útero y tratar condiciones ginecológicas, como pólipos o fibromas.

Estos son solo algunos ejemplos de los tipos de endoscopios disponibles en la medicina. Cada uno está diseñado para una aplicación específica y permite a los médicos visualizar el interior del cuerpo, diagnosticar enfermedades y, en muchos casos, realizar procedimientos mínimamente invasivos para el tratamiento de afecciones médicas.

La limpieza y desinfección adecuadas de un endoscopio son esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes y prevenir infecciones. A continuación, se detallan los pasos generales para limpiar y desinfectar un endoscopio:

1. Limpieza inicial: Inmediatamente después de su uso, el endoscopio debe someterse a una limpieza inicial en el área de procedimiento. Esto implica la eliminación de restos orgánicos y fluidos mediante un enjuague con una solución enzimática o detergente.
2. Transporte seguro: El endoscopio se transporta a la unidad de procesamiento en una bolsa o contenedor adecuado para evitar la contaminación.
3. Preparación para la limpieza y desinfección: En la unidad de procesamiento, se retiran las partes desechables del endoscopio, como las puntas de los cables de biopsia, y se inspeccionan en busca de daños.
4. Lavado manual: Se realiza una limpieza manual del endoscopio utilizando un cepillo especial y un detergente enzimático. El cepillo se utiliza para limpiar el canal de trabajo y otras áreas de difícil acceso. Es importante seguir las recomendaciones del fabricante para evitar dañar el endoscopio.
5. Enjuague: Se enjuaga el endoscopio con agua estéril o desionizada para elimi-

nar los residuos del detergente.

6. Desinfección química: El endoscopio se sumerge en una solución desinfectante química aprobada por el fabricante. Esta solución debe tener las concentraciones y el tiempo de inmersión adecuados según las instrucciones del fabricante. La desinfección química mata microorganismos patógenos y previene infecciones cruzadas.

7. Enjuague final: Se realiza un enjuague final con agua estéril o desionizada para eliminar cualquier residuo de la solución desinfectante.

8. Secado: El endoscopio se seca minuciosamente, incluyendo el canal de trabajo y las partes internas, utilizando aire estéril o un sistema de secado especializado.

9. Inspección y pruebas de fugas: Se realiza una inspección visual para detectar cualquier daño o deterioro del endoscopio. Además, se pueden realizar pruebas de fugas para asegurarse de que no haya filtraciones de agua u otros líquidos.

10. Almacenamiento adecuado: El endoscopio se almacena en un lugar limpio y seco, preferiblemente en posición vertical para permitir que se ventile adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Una sala de endoscopia desempeña un papel vital en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, así como en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Además, contribuye a la investigación y la formación en el campo de la medicina, lo que la convierte en un recurso esencial en la atención médica moderna.

La presencia y el desempeño competente de los TCAE en una sala de endoscopias son esenciales para el funcionamiento seguro y eficiente de este entorno médico. Su capacidad para brindar apoyo al paciente, trabajar en equipo, mantener altos estándares de limpieza y desinfección, así como para garantizar la monitorización adecuada, contribuye significativamente a la calidad de la atención médica y al bienestar de los pacientes que se someten a procedimientos endoscópicos.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-la-gastrosocopia/>.
2. <https://hqnorte.com/endoscopia-perspectivas-medicas/>
<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/endoscopia-ste122114>.

Capítulo 185

EL APARATO URINARIO Y EL FALLO RENAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

MIRIAM ALONSO CANO

SONIA BRASERO CANO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

1 Introducción

El aparato urinario forma parte de la anatomía humana. Es un conjunto de órganos perfectamente coordinados para llevar a cabo la producción, almacenamiento y desecho de la orina.

El correcto funcionamiento de cada uno de estos órganos, ayudarán a la eliminación de las diferentes toxinas de nuestro organismo que se eliminan a través de la orina.

En términos más técnicos podemos decir que el aparato urinario se divide en dos: el aparato urinario superior, donde se encuentran los riñones y los uréteres, y el aparato urinario inferior, donde se incluyen la vejiga y la uretra.

Los riñones son el órgano principal del aparato urinario, además de estar considerados como uno de los órganos vitales más importantes de las personas.

La función principal que tienen los riñones es la de filtrar la sangre, desechando así, todas las sustancias tóxicas, evitando que pasen a través de la sangre al resto de órganos del cuerpo.

Cuando los riñones no funcionan correctamente, el organismo de la persona va a ir intoxicándose de manera progresiva y precisara de una serie de tratamientos, pudiendo incluso llegar a necesitar de un trasplante, para evitar que la persona pueda llegar a fallecer.

Por este motivo es tan importante que las personas tomemos conciencia y adquiramos hábitos de vida saludables para evitar en la medida de lo posible poder llegar a padecer alguna de las patologías relacionadas con el aparato urinario que no sean de carácter genético.

2 Objetivos

- Explicar la composición del aparato urinario.
- Detallar el proceso o función que realiza el aparato urinario.
- Exponer en que consiste el fallo renal, sus causas, sus consecuencias y como ayudar a que esto no suceda, aportando pautas y hábitos a seguir.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 aparato urinario forma parte del perfecto engranaje del cuerpo humano. Su correcto funcionamiento es vital.

Como hemos visto anteriormente, el aparato urinario está compuesto por dos riñones, dos uréteres, la vejiga y la uretra.

Los órganos más importantes o principales son los riñones. En ellos se produce la función más importante, que es la filtración de la sangre para eliminar las toxinas

de nuestro cuerpo. Estas se eliminan a través de la orina.

La orina formada en los riñones se transporta a través de los uréteres y queda almacenada en la vejiga, hasta que mediante el proceso de la micción es eliminada al exterior.

Si el funcionamiento del aparato urinario no es correcto, el paciente puede sufrir diferentes patologías, pero la más importante es el fallo renal.

El fallo renal viene ocasionado, generalmente, porque los riñones enferman y no pueden realizar su función de filtrado. Produciéndose así unos niveles altos de acumulación de líquidos y toxinas en el cuerpo.

Cuando existe una acumulación de líquido y productos de desecho que no ha sido filtrada, esto vuelve a la sangre y, por lo tanto, puede ser transportado al resto del cuerpo y de los diferentes órganos. Ante esta situación podría darse un fallo multiorgánico e incluso acabar con la vida del propio paciente.

Antes de llegar a una situación tan extrema, el paciente que sufre de insuficiencia renal tiene a su disposición una serie de tratamientos para poder frenar la enfermedad y el proceso, como por ejemplo la diálisis, tratamientos químicos y/o el trasplante de riñón.

En algunas ocasiones el fallo renal viene producido por alguna enfermedad de carácter genético y en otros casos viene provocado por otras patologías o incluso por llevar unos hábitos de vida poco saludables.

Ante cualquier supuesto, hay una serie de medidas o recomendaciones que el pueden ayudar a prevenir el fallo renal:

- Controlar la alimentación, por lo que se debe llevar una dieta sana y baja en sal y en grasas.
- Controlar los niveles de colesterol, algo en lo que también influye bastante la alimentación.
- No fumar.
- Realizar ejercicio físico de forma moderada, como por ejemplo caminar diariamente.
- Controlar la tensión arterial, vigilándola de forma continua y si fuese necesario, con fármacos indicados para ello.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, el aparato urinario forma parte importante del cuerpo humano. Cuando a una persona no le funcionan bien los riñones, no se lleva a cabo la filtración de la sangre y por consiguiente no se produce de forma

correcta la eliminación de las diferentes sustancias tóxicas que produce nuestro organismo. Este hecho desencadena en diferentes patologías o en un fallo renal. La importancia de una buena educación en cuestiones de salud es imprescindible. Saber que llevando unos buenos hábitos y una vida saludable hay muchas enfermedades que se podrían evitar, o en caso de no ser evitable se puede frenar o mantener estable, impidiendo así su evolución negativa.

6 Bibliografía

- 1.<https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2011/03/el-aparato-urinario-html?m=1>
- 2.<https://medicasantacarmen.com/blog/riñones-funcion/>
- 3.<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-urinarios/>

Capítulo 186

LA IMPORTANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

MIRIAM ALONSO CANO

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

SONIA BRASERO CANO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

1 Introducción

La OMS nos explica que la esterilización es un proceso por el cual se eliminan los microorganismos vivos de cualquier superficie o material.

Es muy importante saber que para llevar a cabo una correcta esterilización es imprescindible previamente haber realizado una correcta limpieza y desinfección de la superficie o del material.

Dentro del servicio sanitario, ya sea en centros de salud o en hospitales, el servicio de esterilización tiene una gran importancia, ya que evita en una gran medida el riesgo de contagio de las infecciones intrahospitalarias.

Es conocido que dentro de cualquier centro sanitario existen cantidad de microorganismos vivos. Debido al trasiego de pacientes que presentan diferentes patologías y al trabajo del personal sanitario, es muy fácil la propagación de las mismas.

Es por este motivo que debemos dar gran importancia al servicio de esterilización y a su correcto funcionamiento. Así como no se debe restar importancia a una buena limpieza y desinfección previa.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante y necesario en la prevención de la transmisión de cualquier tipo de infección hospitalaria, ya que es el encargado de controlar la limpieza y desinfección previa a cualquier proceso de esterilización. No obstante, también tiene una gran responsabilidad dentro del área de esterilización, puesto que deberá realizar una serie de funciones que detallaremos a continuación.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones que debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en dicho servicio.

3 Metodología

Para la presentación de dicho trabajo hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes publicaciones relacionadas con el área de esterilización, así como las funciones que ha de desempeñar el auxiliar de enfermería. También hemos realizado varias consultas en bases de datos como Scielo y Cuiden, con la intención de completar nuestro trabajo de la mejor manera posible.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel muy importante en la prevención de las infecciones intrahospitalarias. No solo porque son los encargados de realizar la limpieza y desinfección previas al proceso de esterilización, sino que además son responsables directos de correcto funcionamiento de dicho servicio.

Como hemos visto anteriormente, un correcto funcionamiento de la central de esterilización nos garantiza una reducción importante del riesgo de transmisión de

infecciones hospitalarias, tanto para los propios pacientes como para el personal sanitario.

Para que se lleve a cabo una correcta esterilización, se puede recurrir a métodos físicos o métodos químicos. En esta ocasión no vamos a entrar en los tipos de esterilización sino en la importancia que tiene el auxiliar de enfermería en este servicio, así como de la prevención.

En términos generales, el auxiliar de enfermería debe garantizar que todo el material que pasa por el servicio de esterilización salga completamente descontaminado y sea seguro tanto para el paciente como para el profesional sanitario.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe comprobar que todo el material, ropas o instrumental, que se vaya a esterilizar, este previamente limpio y de no ser así deberán dejarlo en las condiciones óptimas de limpieza para que pueda ser esterilizado.

Cuando el material llega al servicio de esterilización, el auxiliar de enfermería será el encargado de recibirlo y clasificarlo.

Posteriormente y una vez revisado el material, habrá que empaquetarlo de forma correcta. Es algo imprescindible en este paso, que se coloque en el interior del paquete el indicativo de que el material ha sido correctamente esterilizado. Generalmente, son unas tiras de cartón que cambian de color con el procedimiento.

Una vez empaquetado, se procede a la esterilización. Por lo que es muy importante conocer el método por el cual se esteriliza.

Por último, y una vez comprobado que todo está correcto, se dejara enfriar el material y se dispondrá en carros para que pueda ser devuelto al servicio correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, el servicio de esterilización en el ámbito de la sanidad tiene una misión importante.

Debido a esto, es imprescindible que todo el personal que desempeñe sus funciones en esterilización ha de conocer los procedimientos y las diferentes técnicas que se utilizan.

Es también muy importante conocer los protocolos tanto de limpieza, desinfección como de esterilización.

Por todo esto podríamos decir que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel muy importante dentro de este servicio y por consecuencia en la prevención de las diferentes infecciones hospitalarias.

Por lo tanto, es muy necesaria una correcta y continua formación del personal al respecto para que todo el servicio funcione de una manera correcta y efectiva.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistamedica.com/papel-tcae-servicio-esterilizacion/amp>.
- 2.<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/unidad-central-de-esterilizacion-y-funciones-del-tcae/>.
- 3.<https://www.logoss.net/file/1304/download?token=xAOb6u2W>.

Capítulo 187

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE CON COREA HUNTINGTON.

MERCEDES MADRID MONREAL

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CON-
SUEGRA

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

LUCIA RAMOS ADEVA

1 Introducción

La enfermedad Corea Huntington es una enfermedad neurodegenerativa, hereditaria, con síntomas progresivos, motores, cognitivos y psiquiátricos, estos síntomas mencionados suelen manifestarse en la etapa adulta de la vida. Su evolución clínica tiene impactos físicos, emocionales, cognitivos, sociales y económicos muy graves sobre el paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá poseer toda la información necesaria y tener acceso a todos los detalles acerca del paciente para mejorar la interacción y la comunicación con él.

Dentro del equipo de profesionales de la salud, el técnico en cuidados auxiliares de Enfermería se encuentra en la posición más cercana a las necesidades fisiológicas del paciente.

Existen guías de actuación para enfermos con Corea Huntington, pero nuestro trato con el paciente debe ser lo más personalizado posible, cada paciente requerirá de una serie de pautas a seguir dependiendo de su grado.

Todos los profesionales que tengan trato con el paciente deberán conocer al detalle todas sus necesidades para poder realizar todas las adaptaciones que sean necesarias para minimizar los retos que deben superar día a día, ya que no existen situaciones iguales para todos los enfermos. En cada paciente la enfermedad evolucionará de forma diferente y de tal manera se deberá actuar, atendiendo a la salud y circunstancias individuales, para superar los retos que la enfermedad pone en el camino.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del técnico auxiliar de enfermería en relación con el paciente con Corea Huntington para tratar de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 las alteraciones motoras que sufre el paciente con Corea Huntington como alteraciones cognitivas, deterioro en la función ejecutiva, demencia, deterioro en la memoria y en el lenguaje, alteraciones psiquiátricas y del comportamiento, depresión, suicidio, manías, irritabilidad y apatía, va a requerir unos cuidados de enfermería muy específicos.

El enfoque de atención para pacientes con Corea Huntington se basa en cuidados paliativos, no farmacológico, que no buscan una cura, pero si tienen como

objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente. Es un tratamiento que involucra a diversos especialistas que trabajan en conjunto y se coordinan para brindar una atención integral, entre los que podemos destacar al neurólogo, fisioterapeuta, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, asistencia social, psicólogos dirigidos al paciente y familiares.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con respecto a la alimentación será mantener una posición del paciente erguida por riesgo de aspiración que le permita la funciones de masticación y deglución. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades y en el caso de líquidos utilizar espesantes. Al finalizar la alimentación se esperarán alrededor de 60 minutos antes de volver a colocar al paciente en posición de declive.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe alentar por la independencia del paciente, pero interviniendo cuando el paciente no pueda realizar alguna actividad debido a sus dificultades motoras.

Entre las funciones también cabe destacar animar al paciente a realizar las actividades básicas de la vida diaria y modificar el ambiente para minimizar los riesgos y peligros. Es necesario disponer de dispositivos adaptativos, grúas, sillas especiales y utensilios que estén adaptados y faciliten el día a día de los pacientes.

Nunca se utilizará ropa de cama con textura áspera y mantendremos toda su ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, siendo de suma importancia vigilar el estado de la piel.

Dentro del trabajo de cualquier técnico en cuidados auxiliares de enfermería también incluye el motivar al paciente a interactuar socialmente y participar en actividades con otras personas.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir se quiere destacar la importancia del papel del auxiliar de enfermería con pacientes con Corea Huntington, puesto que está en nuestras manos hacer a los pacientes una vida más fácil y cómoda dentro de sus características personales. Esta afección se clasifica como una enfermedad "rara" debido a su escasa frecuencia que afecta al sistema nervioso, provocando síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos.

El curso progresivo y crónico de la enfermedad, su carácter incapacitante y la ausencia de un tratamiento curativos son motivos por los que se aconseja diseñar y elaborar planes de cuidados individualizados para, como se ha mencionado con

anterioridad, mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

- VV. AA. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Editorial MAD. ISBN 9788414269886
- Arroyave P, Riveros M. Enfermedad de Huntington. Internet. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675003.pdf>

Capítulo 188

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA

CRISTINA SÁNCHEZ CORTÉS

NURIA SIERRA MADERO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

1 Introducción

Es un objetivo principal de las instituciones sanitarias el tema de la prevención de las infecciones que se pueden contraer dentro de los propios hospitales, incluso un paciente podría llevar al ámbito jurisdiccional una negligencia en los controles de desinfección y manejo de instrumental vulnerando las normas generales de asepsia, que le hubieran provocado contraer una enfermedad o infección.

Para la prevención de muchos de estos contagios y evitar la transmisión de enfermedades es muy importante que los sanitarios y no sanitarios estén muy concienciados con el exhaustivo lavado de manos, la colocación de guantes desechables a la hora de tratar a cada paciente, y la inmunización a través de vacunas que existen en la actualidad. También es relevante que se esterilice el instrumental sanitario, gracias a las técnicas de eliminación total de microorganismos patógenos

y no patógenos y sus formas de resistencia, es decir, sus esporas. Es por ello que si los procesos de esterilización fueran incompletos o se hicieran de forma inadecuada, daría lugar a infecciones, que enfermarían a pacientes y trabajadores, conllevando costes económicos en asistencia sanitaria debido al ingreso de estos pacientes o a los tratamientos farmacológicos que se les deberían de suministrar, y como decíamos al principio, incluso responsabilidades legales.

La central de esterilización trata y reparte el material médico, textil e instrumental a todas las áreas hospitalarias, siempre atendiendo a cada tipo de material que llega y sus características, gracias a sus distintos procesos de: pre lavado, lavado, descontaminación, secado, preparación del material, empaquetado, método de esterilización, almacenamiento y por último reparto. Este servicio se creó para dar servicio a la unidad de cirugía, pero con la concienciación de la necesidad de tener mayores garantías higiénico-sanitarias se ha hecho necesaria su ampliación. El TCAE en este servicio será una parte importante en el proceso en la cadena de prevención.

2 Objetivos

- Exponer el papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización y la importancia en la prevención de enfermedades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe relativa a la labor del TCAE en la unidad de esterilización, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La desinfección en el ámbito hospitalario contiene tres niveles:

1. Desinfección de bajo nivel: suprime hongos y algunos tipos de bacterias a través de la acción manual. Empleada sobre todo para superficies

2. Desinfección nivel intermedio: no elimina todas las formas vegetativas de bacterias, hongos y virus, ni tampoco todas las esporas, realizándose manualmente y sobre las superficies con acción mecánica.

3. Desinfección alto nivel: elimina todos los microorganismos y virus resistentes, pudiéndose llevarse a cabo de forma manual mediante inmersión o con ayuda de máquinas como el ultrasonido.

La esterilización puede llevarse a cabo a través de los siguientes métodos:

1/ Método con agentes físicos: mediante la utilización de calor seco, calor húmedo, radiaciones y filtros: a través de la estufa poupinel, la tyndalización, el flameado, incineración y sobre todo con el autoclave, el cual se asemeja en su funcionamiento a una olla a presión y permite resultados satisfactorios y asegurados completamente.

2/ Método por radiación: se usa de energía eléctrica, por rayos gamma, siendo muy efectivo para inactivar los microorganismos, por lo que se usa para material quirúrgico, recipientes, guantes, jeringas, prótesis, implantes y ropa.

3/ Método por Agentes químicos: a través de soluciones líquidas, gaseosas y plasmas que forman parte de la desinfección de alto nivel gracias a los siguientes elementos: óxido de etileno, peróxido de hidrógeno, glutaraldehído, ácido paracético y folmaldehído.

El TCAE que trabaja en este servicio, tendrá en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Llegan sacos o cargamentos de material que está limpio porque no se ha utilizado, pero debe de esterilizarse para garantizar que no se produzca la contaminación cruzada.

2. El material que se recibe ha sido utilizado y está sucio, por lo que se procederá a limpiarlo y desinfectarlo con los productos requeridos según la tipología de su composición, y si se tienen indicios de que está contaminado con material biológico, se realizaría una esterilización del mismo.

El TCAE, ejercerá las funciones de limpieza, desinfección y esterilización de los diversos utensilios, lencerías, etc., provenientes de las distintas secciones del hospital, asegurando la ausencia de microorganismos patógenos, y comprobando el estado en el que se encuentran, si están rotos o funcionan inadecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de Esterilización es un servicio que inicialmente abastecía solo al servicio quirúrgico, pero poco a poco la concienciación sobre las enfermedades nosocomiales y la contaminación cruzada en todos los servicios del hospital, ha hecho

que se necesite desinfectar y esterilizar todo tipo de instrumental, material y ropa estéril. Para ello se emplean distintos procedimientos utilizando como principales agentes los químicos, los físicos y las radiaciones.

El TCAE que trabaja en este servicio debe de conseguir que todo el material recibido quede completamente limpio, desinfectado y esterilizado para su uso posterior por los diferentes servicios de hospital, de ahí la importancia de que conozca como funcionan los distintos aparatos de limpieza, los líquidos a utilizar, la composición de los distintos utensilios, para garantizar que no se estropean y se utilizan los productos y métodos adecuados para cada uno de ellos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 189

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU LABOR EN CUANTO AL CUIDADO Y ASEO DE UNA PERSONA MAYOR

NOEMI SABIDO GARCÍA

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

1 Introducción

Vamos a hablar del proceso de cuidados a los pacientes geriátricos por parte del equipo de técnicos auxiliares de enfermería. El envejecimiento es un proceso natural, que comienza desde el nacimiento, abarca todos los aspectos de nuestra vida, actualmente nuestra sociedad está definida por la característica del envejecimiento. La disminución de la natalidad, desde 1975, hace que nosotros como sociedad, nos tengamos que adaptar a vivir más años, con mejor calidad de vida, con más planes de futuro, pero con los "achaques" propios del paso del tiempo.

Binet y Boulière definen el envejecimiento como "todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia del paso del tiempo, sobre los seres vivos". En la actualidad la ancianidad, no se debe medir solo por la edad, sino por las condiciones físicas, psíquicas, la salud y la actividad que tienen. Según la ONU (Organización de Naciones Unidas), España será el país más viejo en el año 2050, la caída de la natalidad es el principal problema. Por eso una atención muy especial, adecuada y extensa, con muchos y variados profesionales, tiene que implicarse en el cuidado del anciano, una vida plena, con la ayuda necesaria, será de gran importancia. La auxiliar de enfermería tiene un papel relevante, por cercanía, tanto en consulta, como en el área de hospitalización.

2 Objetivos

- Describir el proceso de aseo y cuidados del paciente hospitalizado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en general.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las funciones más importantes que realiza el TCAE en un centro hospitalario es la higiene o aseo de los pacientes. Como norma general cuando la persona goza de buena salud, puede llevar a cabo por sí misma, de forma autónoma y privada, todas aquellas tareas encaminadas para mantener una buena higiene corporal. Sin embargo, en situaciones de enfermedad, necesitará en muchas ocasiones la ayuda de familiares y del personal sanitario para poder llevarlas a cabo. El TCAE será el encargado de planificar, realizar y evaluar los cuidados higiénicos y de limpieza que reciben los pacientes. Para realizar cualquier tipo de procedimiento higiénico, el personal auxiliar de enfermería tendrá en cuenta una serie

de normas generales, que tendrá que emplear en cada uno de los procedimientos de aseo que realice a los pacientes, estas normas son:

- Mantendrá la habitación o estancia a una temperatura ambiente entre 22 y 24 grados.
- Cerrará las puertas y ventanas para evitar las corrientes de aire.
- Preparará todo el material necesario antes de comenzar el aseo, para evitar los paseos innecesarios y evitar tener que dejar al paciente solo en la habitación.
- Comprobará la temperatura del agua, que estará entre 38 y 40 grados.
- Aislará al paciente mediante biombo para proporcionarle intimidad.
- Cuando el paciente esté encamado, el aseo lo realizarán entre dos personas, normalmente entre el celador y la auxiliar de enfermería. Le proporcionará mayor seguridad al paciente, la movilización del paciente será menos costosa y el procedimiento higiénico se efectuará con más celeridad.
- No mojará la cama de manera innecesaria, protegiendo esta, con hules y toallas que irá colocando debajo del paciente.
- El auxiliar de enfermería, solicitará la colaboración del paciente, para fomentar su autonomía y favorecer su independencia.
- En los pacientes encamados, el aseo lo realizará por zonas, cubriendo con una toalla, el resto del cuerpo, evitando que esté totalmente desnudo, respetando su pudor e intimidad y evitando que se enfríe.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, una buena técnica en la ejecución de las medidas de aseo o higiene de los pacientes hospitalizados evitará la colonización de hongos y bacterias que pueden llegar a acceder a otras lesiones de la piel y de las mucosas. Además, el TCAE aprovechará el momento del baño, para hacer una valoración física de la piel del paciente, fomentando la comunicación, y respetando su intimidad, provocando una sensación de confort y bienestar, y por tanto, una mayor recuperación de sus lesiones. Si además, el personal de enfermería añade un trato humanizado, hará que el procedimiento de higiene sea de una gran calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Paula Sanchez A., Sara López R., Cristina Canal A. Aseo del paciente. Revista médica y de enfermería Ocronos[internet]. (citado 16 oct 2022). Disponible en: <https://revistamedica.com/aseo-del-paciente/>.

Capítulo 190

LA ORGANIZACIÓN DE LAS DIETAS DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE LOS TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NOEMI SABIDO GARCÍA

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

1 Introducción

La dietética será la técnica y arte de manejar los alimentos del modo adecuado, partiendo del conocimiento del cuerpo humano y de los alimentos, con el fin de proporcionar y promover tipos de alimentación variada, suficiente y equilibrada. La dietoterapia será la profesión que estudia las transmudaciones en toda su amplitud, tanto cuantitativas y las cualitativas que debe resistir una dieta para ser manejada en patologías determinadas.

La dieta se adapta primero a la patología que padece el enfermo y luego a cada enfermo en particular, teniendo en consideración su composición, procurando y tratando de garantizar el equilibrio calórico que se necesite en cada uno de los casos, lográndose clasificarse como esenciales, profilácticas o como paliativas.

La dieta terapéutica es la administración razonada y adaptada al estado del enfermo de determinados alimentos, con el fin de obtener una curación o mejoría de su patología.

Las dietas progresivas son las que van modificándose según la etapa de la patología en la que se encuentra o por la que está pasando el enfermo. Estas dietas terapéuticas son puntuales dependiendo la patología o lo que queramos conseguir con ellas, no deben mantenerse por periodos de tiempo prolongados porque resultan nutricionalmente incompletas.

Las etapas de las dietas progresivas son absoluta, líquida, semilíquida, blanda, de fácil digestión y basal.

2 Objetivos

- Exponer e indicar las clases de dietas terapéuticas que se logran aplicar dependiendo de la patología o afectación del enfermo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la modificación en la consistencia de los alimentos, las dietas logran ser:

- Dieta normal o también llamada basal o libre o estándar.
Sin necesidad especial. Es normocalórica y nutricionalmente equilibrada.
- Dieta absoluta.

Prohibida la ingesta de sólidos y líquidos por vía oral. El enfermo logra tener una perfusión de suero. De corta duración, no se debe dar nada durante 24-48 horas. Anterior de una intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato.

- Dieta líquida.

Los alimentos que la componen se hallan en estado líquido y a temperatura ambiente. Contiene escaso residuo y se absorbe con facilidad. No es nutricionalmente

equilibrada (valor calórico aproximado de 500 kcal. con 100 g. de hidratos de carbono), siendo su aporte calórico-proteico insuficiente.

Logra ser:

1. Dieta líquida simple o clara. Se emplea en periodos cortos de tiempo, como el postoperatorio. Su objetivo es hidratar a base de líquidos claros, con escasos residuos y de fácil absorción, como caldos, zumos, bebidas.

2. Dieta líquida completa. Será suficiente para cubrir las necesidades básicas.

Alimentos triturados hasta darle una consistencia líquida. Incluye alimentos semisólidos y líquidos. Para enfermos con dificultad para deglutir o masticar o con función intestinal reducida.

La dieta en que se eliminan todos los nutrientes, menos el agua, se denomina dieta hídrica.

- Dieta semilíquida o de transición.

Constituye el paso siguiente a la dieta líquida en el postoperatorio. Se incluirán alimentos evitando las grasas y residuos. No llevan alimentos sólidos. Consiente una fácil digestión y absorción, aunque todavía no cubre las necesidades de energía y nutrientes del enfermo.

Es una dieta llamada de transición entre la dieta líquida y la semiblanda, añadiendo leche, natillas, crema de cereales, caldo de legumbres.

- Dieta semiblanda.

Es el paso intermedio entre la dieta semilíquida y la blanda. Se meten paulatinamente los segundos platos, de modo que sí se cubrirán las necesidades energéticas y de nutrientes.

Esto será para fomentar la masticación y la modoción del bolo alimenticio.

Incluirá segundos platos a base de carne, pescado o huevos con guarnición. Se incluyen primeros platos con alimentos ligeros enteros tipo arroz, pasta y patata cocida, con hortalizas y verduras en modo de puré. Las técnicas culinarias serán suaves (hervido, asado, planchas) para evitar las digestiones pesadas.

Dieta blanda.

Última etapa de las dietas progresivas antes de alcanzar la alimentación basal o normal. Trata de facilitar la digestión a través de la ingesta de alimentos ligeros como vegetales y líquidos para reducir al máximo los trastornos de la digestión. Se deben evitar los alimentos grasos, fritos y guisos y será controlada en fibra.

Los alimentos deben ser fáciles de digerir y preparados de modo sencillo.

1. Alimentos líquidos. Como leche, caldos, zumos de frutas. Se consienten salsas suaves.

2. Alimentos semisólidos. Incluirá purés, huevos pasados por agua, flanes, papillas.

3. Alimentos sólidos-blandos. Entre ellos el jamón de York, pescado hervido, tortilla francesa. Se incorpora frutas, verduras y hortalizas como guarnición o postre.

Se evadirán los alimentos como tomate, pimientos, salazones, ahumados, adobados.

Ideal en postoperatorios, patologías digestivas leves, síndromes febriles como el paso previo a la dieta basal.

- Dieta de fácil masticación.

Indicada en patología digestiva o en el postoperatorio. Debe tener semejantes características en calorías, nutrientes y modo de cocción que la dieta normal, pero adaptada a problemas en la masticación. Los alimentos dificultosos de masticar, como las carnes, cierta fruta y verdura, deben darse en otras preparaciones un ejemplo serio en carne picada, manzana al horno, zanahoria rayada o en zumo. Los enfermos tienen deglución suficiente y funcionamiento digestivo normal.

- Dieta triturada o túrmix.

Conveniente cuando el enfermo tiene dificultad importante para masticar o tragar. Se mezclarán distintos alimentos en una comida. Es poco variada y atractiva, pero logra ser útil en un enfermo anoréxico. Los tipos de cocción y preparación deben de ser sencillos. Ejemplo, purés enriquecidos con leche. El valor calórico es el mismo que en la dieta basal, siendo una dieta completa.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar y ver en esta descripción de las dietas, llegamos a la conclusión y opinión de que nos podemos encontrar una gran adaptación de cada circunstancia y variedad a la hora de poder adaptarnos a la patología o afectación del enfermo desde el contexto hospitalario en las cuales podemos adaptarnos a elaborar un plan de alimentación individualizado para una patología, la cual mejorara la calidad nutricional y se podrá indicar un plan de cuidados y un soporte nutricional en consonancia con las etapas de la patología a las que nos iremos adaptando.

La dieta es un punto muy importante y esencial a la hora de la recuperación del enfermo y, sobre todo, si están dirigidas a su patología.

6 Bibliografía

1. <http://www.atensalud.com/2017/03/dietas-terapeuticas.html>.
2. <https://books.google.com/books?id=Tv8sDwAAQBAJ>.

Capítulo 191

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

KAREN FABIOLA TORRES

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son una necrosis del tejido y la piel en una zona sometida a presión que se encuentra entre dos planos duros, los huesos de la persona afectada y la cama o silla, lo que ocasiona una disminución de Oxígeno a la zona a causa del aplastamiento de los vasos sanguíneos.

Esta patología es muy frecuente en las personas mayores que se encuentran inmovilizadas durante un largo periodo de tiempo. Es muy importante llevar a cabo una adecuada prevención para así evitar su aparición.

La prevención de las úlceras por presión, no solo debe llevarse a cabo en el hospital, sino también en el domicilio del paciente, siempre y cuando las condiciones

así lo precisen. Es muy importante la labor de la auxiliar de enfermería, tratando de mantener seca la zona afectada, bien limpia e hidratada y sobre todo y más importante llevando a cabo los cambios posturales oportunos según la zona dañada. Se deberá examinar el estado de la piel por lo menos una vez al día, para descartar la posible aparición de estas lesiones. Esta patología empieza con un eritema cutáneo. Las zonas más afectadas son: cadera, talones y sacro.

La nutrición es muy importante para ayudar a la cicatrización de las UPP, llevando una dieta rica en vitaminas y proteínas, así como la ingesta de abundante líquido para prevenir la sequedad de la piel.

2 Objetivos

- Indicar las diferentes estrategias para la prevención de las úlceras en ancianos por el TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes libros de medicina y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También hemos usado palabras clave como: UPP, tercera edad, movilizaciones, residencias, etc.

4 Resultados

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Según esta definición se clasifican las úlceras por presión según el tejido cutáneo que comprometa, es decir, que se clasifica de acuerdo a la profundidad de afectación de los tejidos de la piel. Desde un punto de vista clínico, dichas úlceras por presión presentan un aspecto que va cambiando a lo largo de su proceso evolutivo. En cuanto al medio hospitalario se refiere, estas UPP suponen un grave problema para nuestra sanidad, ya que la prevalencia de ellas ha ido aumentando en los últimos años. Se deben realizar todas las medidas que estén al alcance de la persona sanitario para prevenir no sólo su aparición, sino también para que una vez que aparezcan no avancen a fases peores. Entre las

medidas que este personal sanitario debe emprender se encuentran las siguientes y que son competencia sobre todo del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

1- Cuidados de la piel del paciente:

- Se debe revisar la piel, por lo menos una vez al día.
- Fijarse bien en las zonas típicas de presión: talones, glúteos, espalda, codos y parte posterior de la cabeza.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Usar jabones que no irriten la piel.
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcohol.

2- Seguridad y protección:

- Colocar a los pacientes en colchones de aire de presión alternante.
- Mantener la cama limpia, seca, sin arrugas y libre de humedad.
- Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de contacto.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final podemos decir, que en pacientes mayores de 70 años existe un mayor riesgo de padecer úlceras por presión; esto se debe a que a edades más avanzadas les cuesta más deambular y van perdiendo esa autonomía pasando a ser más dependientes. En este sentido, lo que las TCAE podemos realizar por ellos son acciones de prevención, como por ejemplo, evitar las caídas y fomentar la actividad dentro de las características y condiciones propias del paciente, así como ofrecerles una nutrición adecuada y una adecuada higiene e hidratación de la piel favorecida con unos correctos cambios posturales (cada 2-3 h si fuera posible). También es importante el apoyo emocional de la familia en este tipo de enfermos.

6 Bibliografía

1. Soldevilla Agreda, J. J., & Navarro Rodríguez, S. (2006). Aspectos legales rela

Capítulo 192

ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

KAREN FABIOLA TORRES

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA), una afección neurodegenerativa que afecta entre el 60 y el 80 por ciento de los adultos mayores, es la forma más frecuente de demencia. Es una enfermedad complicada que se puede heredar. Alois Alzheimer descubrió esta enfermedad en 1906. Difundió los resultados de una investigación realizada sobre Auguste Deter, una paciente de 50 años que había sido ingresada en el hospital por su marido tras notar cambios en su comportamiento. De hecho, en la década de 1950 esta enfermedad era considerada una enfermedad medieval. Cuando los científicos empezaron a llamarlo Alzheimer, una causa común de demencia en las personas mayores, en la década de 1970. Sin embargo, la pérdida de memoria todavía se consideraba parte del proceso de curación. Comenzaron a interesarse por su crecimiento en la década de 1980, y en la década de 1990 se

encontraron genes relacionados. Como persona que pasará la mayor parte del tiempo con los pacientes con enfermedad de Alzheimer y los ayudará, el auxiliar de enfermería desempeña un papel crucial en su atención al paciente. Dado que esta enfermedad tiene múltiples etapas de desarrollo, es fundamental que el profesional la comprenda, cómo tratarla y cómo actuar.

2 Objetivos

Conocer el papel que desempeña el TCAE en el tratamiento de los pacientes con Alzheimer.

3 Metodología

Se ha realizado un análisis de la literatura sobre la enfermedad de Alzheimer (EA) y las funciones y efectos de los TCAE en pacientes con la enfermedad. Numerosos artículos de bases de datos como Scielo, Moline Plus y PubMed. Para comparar y validar la información, desde entonces se ha completado una revisión bibliográfica de los artículos relacionados.

4 Resultados

Como ya hemos mencionado anteriormente, el Alzheimer es una enfermedad con una progresión lenta que normalmente comienza con una pérdida reciente de memoria y termina con un paciente dependiente. Afecta a más mujeres que hombres y su incidencia aumenta con la edad. Hay tres etapas en esta demencia:

1. Etapa inicial: Conflictos y lapsus de memoria, siendo los más prevalentes los lapsus episódicos recientes. Esta etapa puede confundirse con el envejecimiento natural de la persona.

2. Los elementos del síndrome de Gerstmann y la afasia aparecen en la etapa moderada. Es posible que tengan problemas para comunicarse y comprender. En este punto, el paciente puede experimentar ansiedad o depresión tras recibir el diagnóstico de demencia con la excepción de los cambios de humor. La rara enfermedad neurológica conocida como síndrome de Gerstmann, que afecta al lóbulo, es un tipo de afección neurológica que puede tener origen vascular.

3. La etapa grave requiere total confianza, atención al paciente y conocimiento de qué hacer en caso de complicaciones. Aquí el TCAE lleva a cabo sus tareas de cuidado fundamentales como el aseo. Con los conocimientos adecuados, el

TCAE puede proporcionar al paciente la atención adecuada, haciendo crucial su papel en cualquiera de estas fases. Cuando llega a la etapa final predominan los cuidados básicos como el aseo, la alimentación, la alimentación y el trato afectuoso para crear una sensación de bienestar. Dado que esta enfermedad puede persistir en el paciente durante años y normalmente conlleva una pesada carga emocional, además sirve para apoyar tanto al paciente como a la propia familia. Pueden hacerlo ofreciendo a la familia apoyo emocional y consejos sobre cómo comportarse.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE sirven como punto de referencia para los pacientes porque son los proveedores de atención médica que mejor los conocen. Los pacientes que son atendidos con más frecuencia pueden presentar cambios de comportamiento u olvidos que no eran habituales en el pasado. Además de abordar las necesidades del paciente, también ofrecen alivio, tensión física y psicológica sobre los miembros de la familia. Con mayor frecuencia, la formación en esta materia debería ser impartida por los centros hospitalarios y conocer la enfermedad, ya que afecta a un número cada vez mayor de personas y es crucial.

6 Bibliografía

1. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

Capítulo 193

URGENCIAS Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

KAREN FABIOLA TORRES

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

1 Introducción

Dado que allí se tiene contacto con patologías de todo tipo y en todas las edades, así como desde donde se llevan a la práctica los conocimientos adquiridos, podemos decir que el servicio de urgencias es fundamental y que es donde se realizan todas las tareas de un auxiliar de enfermería y el TCAE se combinan. Es un servicio que puede manejar todas las solicitudes y ordenarlas según prioridad.

Todos los días del año está abierto las 24 horas. Uno de los servicios más difíciles e importantes que más demanda es la atención de emergencia.

El hecho de que trabajar en urgencias pueda resultar extremadamente agotador es una responsabilidad por parte de los profesionales sanitarios. Por este motivo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar preparado para afrontar cualquier presión.

Existe una amplia variedad de causas potenciales para visitar la sala de emergencias y el caso de cada paciente es único. Se crea una lista de prioridades cuando ingresa a la sala de emergencias. El procedimiento no se basa en el orden de llegada sino en las preferencias del cliente.

Identificar los síntomas del paciente y clasificarlos mediante triaje. Las circunstancias de los pacientes pueden cambiar después de que se organizan. Los pacientes que no serán atendidos de inmediato también se someten a un seguimiento de rutina.

Una vez que el paciente ha sido admitido y evaluado, el TCAE suele ser la primera persona que lo recibe en la sala de emergencias. Aunque sus propósitos varían mucho según las circunstancias, es importante enfatizar el valor de la humanización en las situaciones más apremiantes.

2 Objetivos

Reconocer la importancia de las distintas funciones que desempeña un TCAE en un servicio de urgencias.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de los libros para ayudar con el desarrollo del siguiente capítulo. Además, se revisaron artículos de las principales bases de datos Pubmed y Medline para obtener más información y que se selecciona cuidadosamente sólo artículos científicos de publicaciones académicas que hayan pasado por una adecuada revisión.

4 Resultados

Los pacientes visitan la sala de emergencias por diversas y numerosas razones. Uno de los servicios más importantes y responsables es el departamento de emergencias, que se encarga de brindar atención médica y quirúrgica a los pacientes que la necesitan de inmediato. La organización es crucial para que funcione eficazmente.

Un paciente debe ser consciente de que puede haber otras personas en la sala de emergencias que tengan síntomas más urgentes que los suyos cuando visitan la sala de emergencias. Debe tener paciencia y dejar que los expertos se encarguen de la situación. Estos tienen la capacidad de distinguir entre una emergencia y

una urgencia. La diferencia entre ambos es que la emergencia requiere asistencia rápida, pero no inmediata porque no hay peligro para la vida. Este proceso se utiliza para agrupar a los pacientes que llegan a la sala de emergencias. Los pacientes se clasifican como urgentes o no urgentes mediante el proceso de clasificación. Se utilizan sistemas de triaje, que se estructuran en cinco niveles de prioridad y se asignan bajo el supuesto de que no todo lo urgente o grave lo es también, permitiendo clasificar a los pacientes según el nivel de urgencia, permitiendo que los pacientes más urgentes sean atendidos primero y los pacientes restantes sometidos a reevaluaciones hasta que el médico pueda verlos. Existen cinco niveles de priorización de la atención:

Nivel 1 Rojo: máxima prioridad; recibir atención inmediata y prioritaria.

Nivel 2 Naranja: Una situación que es extremadamente urgente y pone en peligro la vida. Obtener ayuda médica podría tardar hasta 15 minutos.

Nivel 3: Amarillo, urgente pero estable. Retraso máximo de 60 minutos.

Nivel 4- Verde: urgencia mínima sin riesgo de vida del paciente. 120 minutos es el retraso máximo absoluto.

Nivel 5 (Azul): No urgente. Puede tardar hasta 240 minutos.

Para poder soportar el estrés que supone este servicio, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe ser un profesional serio. El TCAE trabaja en equipo con enfermeras, enfermeros y médicos para brindar atención a los pacientes en la sala de emergencias hasta que sean dados de alta o sean admitidos y trasladados a otra unidad hospitalaria. Una vez que la paciente ha pasado por los procesos de ingreso y triaje, el TCAE es quien la recibe inicialmente en urgencias. Lee lo reconoce, hace adaptaciones y, si es necesario, lo ayuda a vestirse y desvestirse.

5 Discusión-Conclusión

La eficacia de todo el equipo, que incluía médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería y celadores, en la prestación de la atención de urgencia determina la progresión de los pacientes que acuden al servicio con patologías urgentes. La capacidad del equipo para responder rápida y eficazmente en emergencias depende de cada miembro individual. Es crucial estandarizar los estándares y procedimientos que los profesionales médicos deben cumplir estrictamente y ampliar. Para que se siga el protocolo, el TCAE del servicio de urgencias debe ser capaz de poner en práctica toda la información aprendida y estar familiarizado con sus funciones. El TCAE es el encargado de la atención del paciente, la protección de su privacidad, la seguridad y la tranquilidad mental. Irá contigo para

disipar sus inquietudes y se mantendrá en contacto con las familias para informarles de las normas del centro.

6 Bibliografía

1. Atención de pacientes en Urgencias. (s. f.). Atención de pacientes en Urgencias. Recuperado 4 de noviembre de 2021, de <https://revi>

Capítulo 194

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) CON PACIENTE QUE PRESENTA CONVULSIONES FEBRILES

TANIA DURAN CARRASCO

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar que es una convulsión febril, tipos de convulsiones febriles, sintomatología que presenta el que la padece, sintomatología en una convulsión febril que requiere una atención sanitaria inmediata y pautas a seguir por el técnico en cuidado de auxiliar de enfermería con este tipo de pacientes.

Cuando se habla de convulsión, se nos viene a la cabeza la palabra gravedad, pero en realidad cuando se habla de convulsión febril, por línea general, nos referimos a algo no grave.

La palabra convulsión deriva del término latino convulsio, traducido desde su origen por contracción violenta de los músculos.

Una convulsión febril es una convulsión (variación imprevista e incontrolada en la actividad eléctrica del cerebro) en un/a niño/a de edad superior a los 6 meses e inferior a los 6 años debido a una fiebre superior a 38 °C (normalmente debida a una infección).

Existen dos tipos de convulsiones febriles:

- Convulsiones febriles simples:

Su duración varía de los pocos segundos hasta los 15 minutos.

Sólo ocurre una vez al día (24 horas).

La convulsión no se desarrolla en una sola parte del cuerpo y además solo

- Convulsiones febriles complejas:

Su duración es superior a los 15 minutos.

Se produce más de 1 convulsión al día.

La convulsión se manifiesta en una determinada parte del cuerpo.

2 Objetivos

- Desarrollar las normas de actuación a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería cuando tienen que atender a pacientes con convulsiones febriles.

- Describir la sintomatología propia de una convulsión febril.

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 a desarrollar por el TCAE en el ámbito sanitario, en qué consiste una convulsión febril, clases de convulsiones febriles, sintomatología que presenta el que la padece, sintomatología en una convulsión febril que requiere una atención sanitaria inmediata y pautas a seguir por el técnico en cuidado de auxiliar de enfermería con este tipo de pacientes.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones a desarrollar por el TCAE en el ámbito sanitario, en qué consiste una convulsión febril, clases de convulsiones febriles, sintomatología que presenta el que la

padece, sintomatología en una convulsión febril que requiere una atención sanitaria inmediata y pautas a seguir por el técnico en cuidado de auxiliar de enfermería con este tipo de pacientes, artículos en castellano que con una vida inferior a 5 años.

4 Resultados

Sintomatología en una convulsión febril:

Tener más de 38,0 °C de fiebre.

Perder el conocimiento con una duración variable de tiempo en función del tipo de convulsión.

Mostrar temblores o sacudimiento en brazos y piernas (si es convulsión simple) o en una sola parte del cuerpo o la mitad del cuerpo (si es una convulsión compleja).

¿Es necesario consultar al médico cuando un niño tiene una convulsión febril?

La respuesta es sí, aunque se trate de una convulsión de pocos segundos de duración. Y es totalmente necesario la atención inmediata cuando:

- La convulsión tiene una duración superior a 5 minutos.
- O siendo inferior a 5 minutos, se ha producido rigidez en el cuello, vómitos, existencia de problemas respiratorios o somnolencia extremada.

Pautas a seguir por el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería con paciente con unas convulsiones febriles:

- Tumbar al niño/a en el suelo (posición supino lateral) durante el tiempo que dure la convulsión, evitando que se produzca daño (pero nunca se deben sujetar ni los pies ni las manos porque nunca se deben evitar que se produzcan los movimientos típicos de una convulsión febril, como tampoco se debe introducir ningún tipo de objeto en la boca), permaneciendo con él durante todo el tiempo que dure la convulsión.
- Aflojar cualquier tipo de prenda que lleve puesta y que le pueda suponer opresión.
- Quitar cualquier objeto que lleve puesto del tipo cadena, reloj, etc., que le pueda comprimir.
- Observar que la respiración por parte del/la niño/a es buena y no presenta ningún tipo de complicación.
- Bajar la fiebre (quitarle ropa, paños de agua fría, mojarle todo el cuerpo o ponerle medicación si ya la tuviera prescrita por el facultativo).
- Controlar el tiempo de duración de la crisis convulsiva.
- . Comprobar el estado de conciencia del/la niño/a.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería nos podemos encontrar a un/a niño/a con convulsión febril, al que tenemos que atender mientras llega el resto de personal sanitario (que realizará una valoración exhaustiva y pondrá en caso de ser necesario las medidas sanitarias necesarias) por eso es necesario que sepamos que si un/a niño/a presenta temblores o sacudidas en todo el cuerpo o parte de este puede tener una convulsión febril y que debemos actuar rápidamente poniéndolo en posición de seguridad, quitarle cualquier tipo de opresión que le pueda suponer la ropa u otro objeto que porte, etc.

6 Bibliografía

Wikipedia.

Estatuto de Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social de 26 de abril de 1973.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias. 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. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38_0.pdf

https://www.sccalp.org/documents/0000/0763/BolPediatr2000_40_068-071.pdf

https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educacion_para_la_salud_splitpdf_page182-186.pdf

Capítulo 195

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA EPILÉPTICA

TANIA DURAN CARRASCO

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

1 Introducción

El sustantivo femenino epilepsia deriva del término griego epilambaneim y hace referencia a un trastorno esporádico ocasionado por el funcionamiento anormal de un grupo de neuronas que se manifiesta en forma de crisis convulsivas epilépticas. En España, 8 de cada 1.000 habitantes la padecen. Aunque hay que dejar constancia que no se habla de epilepsia hasta que una persona ha tenido varias crisis convulsivas.

Pero, ¿qué es una crisis convulsiva epiléptica?

Una crisis convulsiva epiléptica es una alteración transitoria de la función cerebral que puede durar de varios segundos a pocos minutos.

Existen dos tipos de crisis convulsivas epilépticas:

- Crisis convulsivas epilépticas generalizadas; cuya alteración transitoria afecta a todo el cerebro e implican la pérdida del conocimiento.
- Crisis convulsivas parciales: cuya alteración transitoria afecta a una zona concreta del cerebro.

¿Qué puede motivar la aparición de la epilepsia?

- La existencia de una patología en otro órgano del cuerpo, como pueden ser el hígado o los riñones.
- La genética, es decir, tener familiares que padecen epilepsia.
- Problemas a les de crecimiento del cerebro.
- Sufrir una lesión cerebral en el momento del parto.
- Lesiones en la cabeza procedentes de accidentes de tráfico.
- Tener algún tipo de tumor cerebral.
- Tener o haber tenido infecciones cerebrales del tipo meningitis o encefalitis.
- Tener hemorragia cerebral.

2 Objetivos

- Desarrollar normas generales de actuación de los TCAE en pacientes que presentan una crisis convulsiva epiléptica.

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 a desarrollar por los TCAE, origen de la palabra epilepsia, definición de epilepsia, crisis convulsiva, tipos de crisis convulsivas y normas básicas de actuación por parte del técnico en cuidados de enfermería con un paciente que presenta una crisis convulsiva epiléptica.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones a desarrollar por los TCAE, origen de la palabra epilepsia, definición de epilepsia, crisis convulsiva, tipos de crisis convulsivas y normas básicas de actuación por parte del técnico en cuidados de enfermería con un paciente que presenta una crisis convulsiva epiléptica, artículos en castellano que con una vida máxima de 5 años.

4 Resultados

Para llegar a decir que un paciente tiene una crisis convulsiva epiléptica, ha tenido que haber un estudio médico previo:

- En la primera crisis convulsiva, el estudio consiste en la realización de una analítica de sangre, RX del cerebro, TC cerebral, RMN cerebral y la realización de una electroencefalografía.

- Si el paciente ya ha sufrido otras convulsiones, previamente se realiza analítica para comprobar la concentración de fármacos anticonvulsivos en sangre.

Complementándose el estudio con el estudio de la sintomatología que presentan durante la crisis: entre los que se valora si se ha producido pérdida de consciencia, qué tipos de espasmos se han producido y si estos han sido generalizados o en una parte del cuerpo, si se ha producido mordedura en lengua, si se ha producido incontinencia urinaria, tiempo de duración, etc.

Actuación por parte del técnico en cuidados de enfermería con un paciente que presenta una crisis convulsiva epiléptica en un centro sanitario:

- No se deben realizar ningún tipo de maniobras de reanimación (RCP), solo se deben iniciar cuando el paciente ha dejado de convulsionar y se constata que no respira y/ o no tiene pulso.

- Prevenir que el paciente sufra cualquier tipo de golpe o daño alguno durante la crisis convulsiva epiléptica. Para ello se tumbará en el suelo y se le pondrá una almohada bajo la cabeza.

- Nunca se intentará inmovilizarlo para evitar las convulsiones.

- En ningún momento ni bajo ningún concepto se dejará solo al paciente.

- Colocar en decúbito lateral para evitar que tenga una broncoaspiración (paso accidental de líquidos procedentes de las vías respiratorias altas).

- Insertar cánula de guedel (cánula semirrígida de forma curvada) siempre que no presente contracción mandibular.

- Monitorizar constantes vitales (tensión, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y saturación de oxígeno).

- Administrar oxígeno.

- Realizar prueba de glucemia. Si el centro sanitario es de atención primaria, solicitar ambulancia para realizar el traslado del paciente al Hospital.

- Controlar el tiempo de duración de la crisis convulsiva epiléptica.

5 Discusión-Conclusión

Para poder desarrollar las funciones con calidad y excelencia los TCAE se ven obligados a conocer qué es la epilepsia, qué es una crisis convulsiva epiléptica, cuándo se habla de crisis convulsiva epiléptica (diferenciarla de una crisis convulsiva no epiléptica), qué estudios se realizan según sea la primera crisis o sucesivas, cuándo se habla de una crisis convulsiva epiléptica simple o de una crisis convulsiva epiléptica compleja y sobre todo conocer cuáles son las normas básicas de actuación con un paciente que se encuentra en una crisis convulsiva epiléptica (por ejemplo, que nunca se puede iniciar maniobras de reanimación cuando el paciente está convulsionando).

6 Bibliografía

Wikipedia. <https://www.medintensiva.org>.
<https://www.ibsalut.es>
<https://www.apicepilepsia.org>
<https://www.cdc.gov>
<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com>
<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-convulsivos/trastornos-convulsivos>
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000697.htm>
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200006

Capítulo 196

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ALIMENTACIÓN DE PACIENTE HOSPITALIZADO AUTÓNOMO

TANIA DURAN CARRASCO

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

En este capítulo, vamos a desarrollar las funciones que llevamos a cabo los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería relacionadas con la alimentación de pacientes hospitalizados autónomos.

Pero, ¿Qué es la alimentación?

La alimentación es el conjunto de acciones (donde se incluye desde el seleccionar los alimentos, el prepararlos o cocinarlos e ingerirlos) por medio de las cuales se proporcionan alimentos al organismo, para que el organismo los transforme en nutrientes, y estos nutrientes permita al organismo seguir realizando las funciones vitales y, por tanto, con vida.

Atendiendo a la definición anterior, podríamos decir que la alimentación es vital para la salud, por lo que la alimentación debe ser adecuada y saludable.

Pero, ¿Qué condiciones debe cumplir una alimentación para ser considerada adecuada y saludable?

- Tomar la cantidad idónea para poder cubrir las exigencias del organismo y mantenerlo en equilibrio.
- Ser completa y variada (que contenga los suficientes hidratos de carbono, grasas, minerales, etc.) en cuanto a composición, cantidad y proporción diaria, atendiendo tanto a la edad como a la actividad física de la persona a la que va destinada.
- Adecuada a su finalidad (no puede ser lo mismo para un niño cuya finalidad es el crecimiento, que para una persona cuyo nivel de proteínas es excesivamente bajo).

2 Objetivos

- Desarrollar pautas de actuación del TCAE relacionadas con la alimentación de un paciente autónomo.

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 TCAE relacionadas con la alimentación en las áreas de hospitalización, alimentación, cualidades que debe cumplir la alimentación, tipos de nutrición y pautas de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería relacionadas con la alimentación de un paciente autónomo.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los TCAE relacionadas con la alimentación en las áreas de hospitalización, alimentación, cualidades que debe cumplir la alimentación, tipos de nutrición y pautas de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería relacionadas con la alimentación de un paciente autónomo, artículos en castellano que como máximo tuvieran 7 años de antigüedad.

4 Resultados

La alimentación y la nutrición están íntimamente ligadas, ya que los alimentos se convierten en nutrientes a través de la nutrición.

Existen diferentes formas de nutrición:

- Nutrición autótrofa: se crea su propio alimento sin necesidad de alimentarse por medio de alimentos propiamente dichos.
- Nutrición heterótrofa: se alimentan de alimentos. Se divide:
 - . Nutrición parásita.
 - . Nutrición saprofita.
 - . Nutrición holozoica (de los humanos). Que a su vez se divide en:
 - .- Nutrición herbívora: El ser vivo solo se alimenta de vegetales.
 - .- Nutrición carnívora: El ser vivo solo se alimenta de carne procedente de otros seres vivos.
 - .- Nutrición omnívora: El ser vivo se alimenta tanto de vegetales como de carne.

Las dietas hospitalarias del desayuno, la comida, la merienda y la cena son preparados y elaborados por el servicio de cocina hospitalaria con el asesoramiento de técnico dietético en función de la solicitud (diaria) de cada una de las áreas de hospitalización y con las modificaciones que vayan surgiendo (Por ejemplo un paciente con dieta basal se comprueba que no puede ingerirla y se le modifica para la cena a dieta de fácil masticación). Una vez elaborados los distintos menús, dispuestos en bandejas isotérmicas con nombre del paciente, tipo de dieta y número de habitación, se van depositando en carros que a la hora de las comidas se distribuyen por plantas hospitalarias.

Ya en las plantas, el equipo de enfermería (TCAE y DUE) realizan la correspondiente comprobación de equivalencia de las bandejas recibidas con las solicitadas al servicio de cocina (Por ejemplo, si han recibido las 5 dietas blandas que habían pedido, la dieta sin gluten, etc.).

A continuación, tras el correspondiente aseo de manos, el TCAE va distribuyendo las bandejas de alimentos a cada uno de los pacientes, comprobando durante esta que el paciente no deba estar en ayunas para la realización de una determinada prueba o porque va a ser sometido a una intervención quirúrgica, que la bandeja corresponde con la dieta que tiene prescrita el paciente, etc.

Si el paciente es autónomo para comer, pero no puede moverse de la cama, proporcionarle los medios para que realice la higiene de manos antes de empezar a comer, colocarlo en posición de Fowler (en la cama en decúbito supino semisentado), le pondrá el bobatel para que no se manche ni él ni el pijama y le colocará la mesa auxiliar con la bandeja para que pueda comer. Una vez ha terminado

de comer, recoger la bandeja (controlar cantidad de comida ingerida), recoger mesa auxiliar, insistir en la necesidad de realizar la higiene bucal (proporcionándole el material necesario para que la realice), acomodar al paciente y ordenar la habitación.

Si el paciente es autónomo para comer y se puede mover de la cama, dejar la bandeja sobre la mesa auxiliar para que este como cuando quiera, con el correspondiente recordatorio de la necesidad de la higiene de manos antes de ingerir los alimentos. (por ejemplo, Pepe ya le traigo la bandeja para ahora cuando se lave las manos ya pueda usted comer) y fomentar la higiene bucal.

5 Discusión-Conclusión

La correcta distribución y comprobación de que la comida corresponde a un determinado paciente (que no se le da a un celiaco alimentos no permitidos), brindar la ayuda que sea necesaria (por ejemplo, cuando el paciente está encamado dotarle de todo lo necesario para que pueda comer solo) y fomentar la higiene bucal tras cualquier comida, son las actuaciones que debe conocer el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería relacionadas con la alimentación de pacientes hospitalizados autónomos para ofrecer un servicio de alta calidad y contribuir a la pronta mejoría del paciente hospitalizado que quiere irse rápidamente a casa.

6 Bibliografía

Wikipedia.

Estatuto de Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social de 26 de abril de 1973.

Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

<https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://psicologiyamente.com/nutricion/tipos-nutricion>

<https://www.formate.es/blog/consejos/cuales-son-los-tipos-de-alimentacion/>

Capítulo 197

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

1 Introducción

La alimentación ofrecida en los hospitales dependerá del estado en el que se encuentre el paciente y de sus patologías, siendo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) el encargado de servir las bandejas y ayudar a los que no pueden comer ellos solos. Diferenciamos tres tipos de nutrición:

1/ Oral: se come por vía natural. Puede ayudarle el TCAE.

2/ Parenteral: lo practica el personal de enfermería, ya que el alimento se administra por vena, sin pasar por el aparato digestivo por diversos motivos: que su intestino no absorba los nutrientes, detengan diarreas, vómitos o una enfermedad intestinal crónica

3/ Enteral oral: La ingesta es por la boca, pero con alimentos más específicos en cuanto a las calorías o nutrientes.

4/ Enteral con sonda: se aplican unas fórmulas a través de un tubo fino, largo y flexible. Este tubo se puede introducir a través de la nariz o la boca hasta el estómago o el intestino, estas sondas pueden ser: nasogástricas (desde la nariz al estómago), orogástricas (desde la boca al estómago), nasointestinales (desde la nariz al intestino) y la gastrostomía: que son agujeros que se hacen en quirófano en el estómago o en el intestino.

Los carros de las comidas tienen unas características que permiten mantener la temperatura correcta, tanto en caliente como en frío. En la actualidad en los hospitales las cocinas están en la planta baja, donde una vez preparada las bandejas y se meten al carro para subirlas a planta, donde el TCAE comprobará la planilla de dietas y las repartirá comprobando que a cada paciente le corresponde su bandeja y su tipo de dieta.

2 Objetivos

- Explicar la labor del TCAE a la hora de ayudar en la alimentación al paciente que está hospitalizado que no lo puede hacer por sí mismo, así como el servir las bandejas de la alimentación.

3 Metodología

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

4 Resultados

No hay duda de que la alimentación de los pacientes que se encuentran hospitalizados es primordial para su recuperación, eso unido a la medicación y al reposo, con los factores ideales para una mejora en su estado de salud, de ahí que es tan importante que la alimentación que se ofrece en el entorno sanitario, sea a su vez nutritiva, siendo el TCAE, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería,

el encargado de servirla, ayudar a quien no pueda alimentarse por sí mismo y registrar todas las incidencias que sucedan.

Los alimentos tienen que llegar a las habitaciones de los pacientes en las mejores condiciones, por eso los carros más modernos mantienen la temperatura de 8 grados centígrados si el alimento es frío, y si debe de ofrecerse caliente los mantienen a una temperatura entre 70 y 75 grados centígrados. Pero lo normal es que en hospitales más obsoletos es que los carros sean simplemente una estructura de aluminio con distintos compartimentos para posar las bandejas y así se puedan trasladar más fácilmente.

Existe una planilla que debe de coger el TCAE donde aparecen las dietas prescritas por los facultativos según su sintomatología, revisando que se deja en la mesa de cada paciente su bandeja pertinente, dejando antes las botellas de agua. Así con los desayunos, comidas, meriendas y cenas, pasando a media mañana y antes de la media noche por si algún paciente quisiera un vaso de leche, infusiones o zumo antes de dormir. Pasando al rato a recoger las bandejas y colocándolas en los carros para que el pinche se las lleve a la cocina.

Otra característica de los carros más modernos es que mantienen el olor sin mezclarse con el de otros alimentos del mismo carro, por lo tanto no habrá mezcla de sabores ni olores.

Es importante que el TCAE conozca los distintos tipos de dieta que existen, y los diferentes tipos de nutrición, así la manera de proceder cuando el paciente no pueda comer sin ayuda y no tenga acompañante para hacerlo:

- Lo primero será lavarse las manos, hablando con el paciente de que le ayudará, preguntándole que desea comer primero de la bandeja, instándole a que colabore.
- El paciente estará con la espalda recta dentro de su posibilidades, con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante en el momento de tragar, con los pies apoyados en el suelo.
- Si utiliza dentadura, comprobará que estén bien colocadas y ajustadas, y si no, quitárselas para que no le hagan daño.
- Las cucharadas no estarán llenas y las piezas serán pequeñas para facilitarle la masticación, para que no se atragante.
- Al terminar, limpiar la boca y manos, y comprobar lo que ha comido retirando la bandeja.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación permite al paciente obtener los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades básicas diarias, y una mejor recuperación de su patología, en otros

casos mas graves o crónicos, aunque no haya mejoría, garantizará la supervivencia. El TCAE deberá conocer los tipos de dietas y de nutrición pautadas por el facultativo para ofrecer un servicio de calidad a los pacientes, siempre ofreciendo confort, y ayudando a aquellos pacientes que no pueden comer solos y no tienen acompañante que lo haga .

El TCAE comprueba la planilla en todos los turnos, revisa las dietas y controla que esté todo bien, repartiendo el agua y las bandejas de la alimentación a los pacientes correctos. Al finalizar recogerá las bandejas y las pondrá en los carros para que puedan bajarse a la cocina para su limpieza y desinfección.

6 Bibliografía

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

Capítulo 198

LOS TÉCNICOS ENCUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS TÓXICOS

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

1 Introducción

Los citostáticos, o medicamentos que alteran el metabolismo celular para detener el crecimiento de las células cancerosas, se incluyen en la categoría de fármacos tóxicos cuando se habla de este tipo de medicamentos.

Los técnicos auxiliares de enfermería (TCAE) que trabajan en las farmacias donde se preparan este tipo de medicamentos son los que están más expuestos a este contacto.

- Salas de hospitalización donde se administran los medicamentos prescritos.
- Hospitales de día, como instalaciones de oncohematología o reumatología.

- En aquellas tareas de limpieza que se realicen sobre superficies que entren en contacto con las excretas del paciente cuando este esté tomando estos medicamentos (lavabos, ropa de cama, contacto con el sudor).

En consecuencia, la exposición se evaluará de acuerdo con los riesgos que se presenten en cada área o paciente. Podemos decir que el riesgo de exposición a este tipo de medicamentos en las actividades mencionadas dependerá de las medidas de prevención que se implementen específico; tras la evaluación de cada caso, se desarrollará un protocolo para la prevención de la exposición.

2 Objetivos

Describir conceptos de prevención a tener en cuenta por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la manipulación de citostáticos.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos, con un enfoque en la selección de trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema bajo investigación.

4 Resultados

Las vías de entrada o penetración son las más importantes a tener en cuenta; primero debemos analizar aquellas vías que implican un contacto directo con este tipo de medicamentos:

1. Aspiración de aerosol o contacto con gotitas que puede ocurrir durante la preparación y la administración.
2. Contacto directo para permitir la entrada directa al cuerpo a través de la piel o las membranas mucosas.
3. Por la boca al consumir alimentos, bebidas o tabaco.
4. Por vía parenteral, que se refiere a la ingestión directa del medicamento, que puede ocurrir como consecuencia de percances de cortes o pinchazos realizados durante la elaboración de las ampollas.

Conociendo el método de entrada y sus formas, ahora es el momento de aprender sobre la seguridad personal del trabajador.

El hecho de que el TCAE sea experto y conocedor de este campo, así como conocer todas las precauciones a tomar para evitar el contacto, es crucial.

- Utilizar siempre guantes al manipularlo y lavarse las manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica.
- Las cabinas de seguridad biológica donde se realizan las mezclas de agentes.
- Los filtros HEPA son los encargados de separar los aerosoles y todas las partículas distintas a las que se encuentran en estado de vapor.

A un nivel amplio en este tipo de áreas:

- Es fundamental evitar comer, beber o almacenar alimentos.
- El maquillaje y otros cosméticos están prohibidos para el TCAE.
- No se recomienda el uso de joyas o lentes de contacto.
- Vestirse para el trabajo con ropa adecuada.
- El equipo de protección nunca debe llevarse fuera del área de trabajo.
- Proporcionar una adecuada renovación de aire en el espacio ventilándolo.
- Utilizar el día para activar los sistemas de ventilación.
- Utilizar sistemas de extracción ya filtrados para eliminar el aire contaminado.

5 Discusión-Conclusión

Tras revisar la bibliografía, es importante prestar atención al desarrollo de nuevos medicamentos que tienen componentes tóxicos (a los que hemos denominado "citostáticos") y que aumentan la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Estos medicamentos van acompañados de la especialización en Técnicos auxiliares en cuidados de enfermería con el fin de prevenir la exposición a estos medicamentos y adquirir conocimientos sobre bioseguridad y su manejo seguro.

Si nos concentramos en todo lo mencionado anteriormente, podemos comprobar cuán importante es seguir los protocolos de prevención y realizar un seguimiento continuo para garantizar un uso de medicamentos completamente seguro.

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

Capítulo 199

EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

1 Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios de los centros hospitalarios que ofrecen una atención de calidad y continuada a los pacientes que se encuentran en estado crítico. Los pacientes sufren patologías que comprometen seriamente su estado vital. Son unidades con un equipo multidisciplinar a cargo de la especialidad de medicina intensiva, en la que las funciones de todos los profesionales son vitales para favorecer la recuperación de los enfermos que atendemos.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) prestan sus servicios en estas unidades desde teniendo que preparar el ingreso hasta el alta del

paciente, debiendo promover los cuidados primarios, alimentación oral o nasogástrica, proveer el material de los aislamientos así como el apoyo y el material a los enfermeros y médicos. Además de cubrir necesidades materiales, deben ofrecer apoyo moral y psicológico tanto a los pacientes como a sus familiares. Las condiciones que deben ofrecer estas unidades son seguridad, calidad y eficiencia. De forma generalizada se atiende un alto grado de gravedad atendiendo personas que precisan de una ayuda respiratoria o con problemas de corazón, en muchas ocasiones los pacientes presentan un fallo multiorgánico o pueden venir de un accidente con varios traumas, es decir, nos encontramos ante un paciente politraumatizado.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en la UCI.

3 Metodología

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

Las palabras claves utilizadas han sido auxiliar de enfermería, unidad de cuidados intensivos.

4 Resultados

Las actividades que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla en la unidad de cuidados intensivos se pueden dividir:

Preingreso:

- Revisión del box y reposición del material. Se debe realizar la comprobación de los sistemas de oxigenación, aspiración, así como de los cables de monitorización.
- Preparación de la llegada del paciente: Apoyo para colocarlo en la cama de la unidad con el transfer, preparación del carro de vías y todo lo que se precise así como el carro de paradas.
- Solicitar si tiene aislamiento y preparar lo que sea necesario según se precise.

Durante el ingreso:

- Acogimiento del paciente junto con el resto del personal de la unidad, ya sea sanitario como no sanitario. En todo momento, si el paciente tiene capacidades conservadas, se le explicará el proceso de todo lo que se realiza colaborando en lo que pueda.
- Apoyar en el proceso de monitorización del paciente: Tensión, saturaciones y electrocardiograma. Por otra parte, se debe facilitar la colocación del urímetro en caso de que el paciente venga sondado.
- Realización de los cambios posturales en base a la patología y las recomendaciones médicas. Como pauta generalizada, los pacientes deben permanecer en decúbito supino. Se debe favorecer los cambios posturales para evitar atrofas y las ya conocidas úlceras por presión. El trabajo de las movilizaciones se realizan entre un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, celador y enfermero.
- Cubrir las necesidades básicas del aseo diario y cuidado de la piel con aceites grasos hiperoxigenados. Se debe tener especial cuidado de ojos y boca en los pacientes con ventilación mecánica, ya que se previenen infecciones si se lleva a cabo el programa de neumonía Zero.
- Proveer la paciente de la alimentación siempre que se haga por la vía oral y enteral.
- Recogida de las muestras y envío de las mismas a los laboratorios junto a la enfermera con la que forma equipo.
- Preparar el material necesario para la realización de cualquier técnica que se desarrolla en estas unidades.

Por último, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería apoya en el proceso de alta al paciente a la planta de hospitalización, preparando de nuevo el box para recibir a otro paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ejercen unas funciones muy específicas en las unidades de cuidados intensivos para ofrecer al paciente una atención continuada de los cuidados críticos para lograr el bienestar y confort del mismo ante la situación tan crítica de su estado de salud que le lleva a ingresar en estas unidades.

Por último, se encargan de muchas actividades, normalmente encaminadas a cubrir las necesidades básicas de las que habla Maslow y que ellos debido a su situación crítica no pueden realizar de forma autónoma. Junto a esto somos los

encargados de controlar tanto el material que se utiliza y de su reposición, así como del buen estado del aparataje.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. 2017.
2. Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Capítulo 200

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL ÁMBITO SANITARIO ANTE UN EXITUS

ALBA GARCÍA RODENAS

ROSARIO PÉREZ ESPADA

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

1 Introducción

La palabra exitus deriva del latín, “exitus letalis”, muy utilizada en el ámbito de la medicina para identificar a los pacientes que han fallecido, y es que a pesar que la muerte es un proceso natural y que ocurre a nuestro alrededor continuamente, todavía en la actualidad se sigue viendo como un proceso doloroso, casi tabú, algo de lo que nadie quiere hablar ni escuchar, lo cual hace costoso abordar el tema como se debiera, e integrarlo como una parte de la vida.

Cuando un paciente muere en el hospital se pone en marcha todo un protocolo por los distintos profesionales que termina cuando es trasladado a su lugar de origen para ser enterrado o incinerado. Este procedimiento empieza por el amortajamiento llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería

(TCAE), con la colaboración del celador, hasta, el control de cierre y apertura del mortuorio por el servicio de seguridad del hospital y por último con la actuación del servicio funerario para trasladar el cadáver hasta el cementerio

En este proceso es importante que la familia esté informada en todo momento de las actuaciones que se realizarán con el fallecido, preguntando si tienen una mortaja o se le pone la que se suele poner en el hospital. También deberá informar a los familiares si es preciso, sobre la donación de órganos o los procedimientos administrativos que deben seguir, así como llevará el registro en la hoja de enfermería de la hora de defunción y los datos del médico que realiza un electroencefalograma para confirmar y certificar la defunción, para después comenzar con el proceso de preparación del cuerpo.

2 Objetivos

Determinar la forma de actuar del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un exitus, las labores de amortajamiento y el trato con los familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe relativa a la labor del TCAE ante el paciente fallecido o un exitus, 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

Es importante que el TCAE sepa reconocer los signos de muerte, los cuales se clasifican en dos grupos:

1. Los que aparecen inmediatamente después de la muerte: no existe latido del corazón, el electrocardiograma y electroencefalograma salen planos, no hay movimiento respiratorio ni tono muscular, se pierde la sensibilidad de la cara, aparece la midriasis, es decir aumento del diámetro o dilatación de la pupila del ojo.
2. Los que aparecen un tiempo después de la muerte:

- Algor Mortis: se produce en la primera hora posterior al fallecimiento, caracterizada por el enfriamiento y pérdida gradual de la temperatura del cuerpo.
- Rigor Mortis: se producen entre dos y tres horas después de la muerte, aunque empieza a desaparecer a las 36 horas, en la que se observa rigidez cadavérica, agarrotamiento muscular y pérdida de elasticidad.
- Libor Mortis: Livideces cadavéricas, manchas de color rojo-violáceo en las partes declives del cuerpo.

Cuando se observan estos primeros síntomas, la enfermera encargada de tratar al paciente le realizará un electrocardiograma, y al no aparecer signo alguno de constantes vitales, informará al médico de guardia para que firme el certificado de defunción en la que se identificará la causa, hora y motivo de la defunción. En este momento el TCAE se pondrá a amortajar al cadáver, que con la ayuda del celador, realizará una serie de acciones: asearlo desde la cabeza, hasta los pies, retirando cualquier aparato que el paciente tuviese colocado, como sueros, vías, drenajes, etc., le cambiará el pañal y le pondrá un camisón limpio.

Después el TCAE tapará todos los orificios del cuerpo con algodón, intentará que el difunto mantenga la boca cerrada, y si lo necesitara podría utilizar un spray sellador, envolviendo el cadáver con la sábana bajera, habiendo identificado con las etiquetas del paciente dicha envoltura. Una vez hecho esto, el celador seguirá ayudando en este caso a colocarle la mortaja, que es una funda alargada con cremallera, donde se coloca al difunto, cerrándola y colocando la pegativa identificativa. El celador avisará al encargado de turno y se lo bajará hasta el mortuario.

El último paso que realiza el TCAE es avisar al servicio de seguridad y cambiar las sábanas y dejar lista la cama para el siguiente paciente, así como recoger todos los elementos que ha usado el paciente como vías, sondas, y tirarlos a los contenedores correspondientes, recogiendo los enseres personales en una bolsa para ser entregados a los familiares si todavía no han llegado.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del paciente fallecido serán realizados por el TCAE una vez que el personal de enfermería hayan confirmado que no existen signos de vida tras la realización del electrocardiograma, y el médico haya firmado el certificado de defunción indicando la causa de la muerte, y la hora. El TCAE con la ayuda del celador, comenzará a asear al paciente desde los pies a la cabeza, tapando los orificios para que no salgan fluidos, colocándole un pañal y camisón limpios. Le tapará con una sábana bajera y después con una mortaja, la cual se describe

como una funda con cremallera. Estará pendiente siempre de poner las pegatinas identificativas a la bajera y a la mortaja.

Estas acciones se deben realizar con la máxima discreción y respeto hacia la persona fallecida y sus familiares, presentando sus condolencias, respetando el dolor por la pérdida y entendiendo la forma de llevar el duelo de cada persona.

6 Bibliografía

1. El TCAE ante un exitus. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. El TCAE en los cuidados post mortem - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).

Capítulo 201

COLABORACIÓN DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

ALBA GARCÍA RODENAS

ROSARIO PÉREZ ESPADA

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

1 Introducción

El líquido cefalorraquídeo es una sustancia ubicada en el sistema nervioso, tanto en la médula espinal como en el encéfalo, cuya función es la de proteger y colaborar para que exista una presión intracraneal adecuada, es decir, para que el cerebro funciones correctamente, ayudando a eliminar los residuos que produce el sistema nervioso en el desarrollo de su actividad, de manera que si se observara la más mínima alteración en la producción de la misma, aparecerían diversos trastornos de salud.

Permite que todas las toxinas y otras partículas no se acumulen en el sistema nervioso, proporciona todos los nutrientes necesarios al encéfalo, asegura que las distintas células del cerebro y la médula espinal se encuentren en su punto de equilibrio exacto, y protege al cerebro de manera que flote en el interior del cráneo, reduciendo su peso y amortiguando así ante cualquier movimiento brusco o un golpe fuerte.

Dentro de las múltiples muestras que se pueden tomar a un paciente, está la del líquido cefalorraquídeo para su posterior análisis en el laboratorio, la cual es solicitada por el médico especialista y en la que el TCAE colaborará para que la prueba se desarrolle con fluidez y sin contratiempos. Ésta prueba se puede pedir su realización por distintas causas:

- 1/ El paciente presenta un cuadro clínico que podría ser compatible con la existencia de una esclerosis múltiple.
- 2/ Se presupone que pueden existir una infección o sangrado tanto del cerebro como de la médula espinal.
- 3/ El paciente presenta una sintomatología compatible con una posible lesión cerebral o de la médula espinal.
- 4/ Cuando el paciente se queja de fuertes y continuos dolores de cabeza.

2 Objetivos

- Determinar la colaboración del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la toma de muestras del líquido cefalorraquídeo de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe relativa a la labor del TCAE a la hora de colaborar con el equipo médico y de enfermería en la toma de muestras del líquido cefalorraquídeo de un paciente, 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 puede presentar dolor en la zona en la que se le ha hecho la punción, dolor de cabeza durante un par de días, sangrado y en casos más esporádicos, desarrollar una hernia cerebral. Es una prueba que ofrecerá un diagnóstico que permitirá a los especialistas tratar los síntomas que padece el enfermo con tratamiento farmacológico o incluso a través de operaciones quirúrgicas.

El TCAE no realiza la toma de la muestra de líquido cefalorraquídeo, pero colabora con el personal médico y de enfermería, pero su colaboración es muy importante para que el técnico que la realiza pueda centrarse en la punción, veamos las funciones que desarrolla:

- 1/ Lo primero será lavarse las manos y colocarse guantes desechables.
- 2/ Preparar todo el material necesario de forma totalmente aséptica: gasas, anestésico, frasco para la muestra, jeringuillas, etiquetas identificativas, etc.
- 3/ Poner un paño quirúrgico sobre la sabana de la camilla donde se realizará la toma de la muestra.
- 4/ Identificar al paciente, recibirlo y ayudarlo a colocarse con la ayuda del celador si estuviera, en la posición más adecuada, la cual será en decúbito lateral con las rodillas flexionadas pegadas al abdomen y barbilla pegada al pecho.
- 5/ Aplicará un líquido antiséptico sobre la piel del paciente en la zona donde se le realizará la punción.
- 6/ Colocar sobre la zona donde se va a realizar la punción un paño fenestrado para obtener la muestra de líquido cefalorraquídeo.
- 7/ Colaborar con el personal en todo lo que requieran, siempre y cuando sea parte de las funciones que puede realizar.
- 8/ Cuando ya se ha sacado la muestra y el técnico la coloca en un recipiente adecuado, procederá a poner una etiqueta con los datos del paciente.
- 9/ Avisará a un celador para que la lleve al laboratorio para ser analizada.
- 10/ Ayudará a levantarse al paciente, indicándole si necesita su ayuda para vestirse.
- 11/ Recoger todo el material que se ha utilizado, desechando los que sean de un solo uso, y limpiando y desinfectando aquellos que pueden reutilizarse, llevando a la central de esterilización los que así lo requieran.

5 Discusión-Conclusión

El líquido cefalorraquídeo es una sustancia que se encuentra en la médula espinal y en el encéfalo, con unas funciones muy importantes para el organismo del paciente ya que se encarga de proteger el cerebro de impactos y golpes bruscos, ayuda a eliminar los residuos que produce el sistema nervioso, entre otras.

El TCAE colaborará con el equipo médico y de enfermería para la toma de la muestra en todo lo que se le requiera, siempre y cuando esté dentro de sus funciones tal y como expone el art. 84 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud. Preparará todo el material que vaya a usarse, preparará al paciente en la posición indicada, etiquetará el recipiente donde se encuentra la muestra con los datos identificativos del paciente, y llamará al celador para que la lleve al laboratorio, entre otras funciones.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en este procedimiento y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario.

6 Bibliografía

- 1) Qué es el líquido cefalorraquídeo y cuál es su función (okdiario.com)
- 2) Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, editorial Mad.
- 3) Líquido cefalorraquídeo: qué es, funciones y características (medicoplus.com)
- 4) Búsqueda en Google con palabras clave : TCAE, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, liquido cefalorraquídeo.

Capítulo 202

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREPARACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA

ALBA GARCÍA RODENAS

ROSARIO PÉREZ ESPADA

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

1 Introducción

Una colonoscopia es una técnica que se hace para hallar en el colón o recto la presencia de tejidos inflamados, con irritación, o nódulos cancerígenos o pólipos, además se podrán extirpar cuando sea posible dichos nódulos o tejidos anormales a través del colonoscopio, hacer biopsias, es decir, tomar muestras de los tejidos para analizarlas, o también insertar un instrumento para expandir o comprimir el estómago para realizar la intervención.

Es una prueba de diagnóstico clínico a través de la cual el especialista puede hacer una valoración de qué es lo que está pasando en el interior del organismo del

paciente, para ello utiliza un tubo flexible fino y largo con una pequeña cámara al final, que será el endoscopio, que le facilitará ver el esófago, estómago y el duodeno

Para la realización de la prueba se necesitan de unos días de preparación del paciente, tomando una dieta apropiada, y con la aplicación de unos enemas que consisten en la introducción de unas soluciones acuosas por el recto y el colón a través del ano para limpiarlo de heces y que la prueba pueda dar resultados exitosos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) informará al paciente en la consulta de como ponerlo y de toda la información necesaria antes de la prueba. En el caso de pacientes hospitalizados que no puedan hacerlo por si mismo, se lo lo pondrán siempre observando como le sienta el paciente, ya que si existe algún signo de reacción vagal tendrá que avisar al médico o al enfermero (DUE).

2 Objetivos

- Explicar el papel que desempeña el TCAE a la hora de preparar a los pacientes ante la realización de una colonoscopia.

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 TCAE ante la preparación de un paciente cuando se le realice una colonoscopia, 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

Al paciente que se le va a someter a una colonoscopia el especialista que le tramita la prueba así como personal del equipo de enfermería, con la colaboración del TCAE, deben de informarle de la preparación básica que tiene que seguir en cuanto a la alimentación y cuidado y limpieza del recto y del colon, al menos tres días antes. El equipo especialista deberá conocer que medicamentos toma el paciente, sobre todo si tiene diabetes, problemas del corazón, toma suplementos de hierro o presión arterial alta.

Deberá de empezar con una dieta que deje los mínimos residuos en el intestino y terminar el día de antes con dieta a base de líquidos como agua, té, café pero sin leche, caldos y bebidas carbonatadas o gaseosas. Siempre evitará las bebidas rojas porque se pueden confundir con sangre durante la prueba. Así mismo, deberá de limpiar el colon con enemas para que el día de la prueba, esté el colon limpio sin heces y la prueba transcurra exitosamente sin tener que repetirla.

Los enemas están contraindicados en casos de apendicitis, peritonitis, trauma abdominal o cirugía abdominal reciente. Normalmente no suelen causar efectos adversos, pero si ciertas molestias como: escozor anal, dolor abdominal, náuseas, trastornos electrolíticos o proctitis.

El TCAE deberá de seguir una serie de pautas a la hora de aplicarlo al paciente: debe lavarse las manos y ponerse guantes, preparando todo el material que necesite como empapadores, sonda rectal, toalla, palangana con agua templada, esponja, etc. Le dirá al paciente que vacíe la vejiga para mayor comodidad informándole del proceso que se le hará. Pondrá un empapador en la cama, colocando al paciente con la ayuda de otra TCAE o un celador en posición decúbito lateral izquierdo con rodillas flexionadas, colocando el sistema de irrigación con el enema en el soporte a una altura de 40 cm aproximadamente por encima del ano. Después conectará la sonda rectal al sistema de irrigación, para purgar todo el canal y pinzarlo, despinzándolo a continuación para administrar la solución acuosa. El paciente deberá aguantar de 5 a 10 min o el tiempo que indique el médico antes de evacuar.

5 Discusión-Conclusión

Una colonoscopia es tanto un examen diagnóstico como terapéutico, ya que también puede encontrar pólipos que se pueden extirpar, o prevenir el sangrado intestinal mediante la aplicación de una banda gástrica. Además no suele durar mas de 60 minutos, siendo hoy en día muy común que les induzcan una sedación para que relaje los músculos y el tubo pueda pasar mejor.

Los enemas son soluciones acuosas que se introducen por el recto y el colón con el objetivo de favorecer la salida de heces y su ablandamiento para así la prueba diagnóstica salga bien. El encargado de aplicarla será el TCAE, si el paciente está hospitalizado y no puede por sí mismo, el cual deberá de tener toda la información de como se utiliza, sus efectos adversos, así como la habilidad necesaria para que quede el recto limpio de heces.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 203

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PUNTO DE DONACIÓN DE SANGRE DEL CENTRO HOSPITALARIO

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

1 Introducción

Los centros hospitalarios de referencia ofrecen como uno más de sus servicios, la donación de sangre, situando un punto o sala dentro del mismo hospital. Este punto de donación de sangre es el origen de la sangre demanda por el propio hospital, así como, por otros hospitales que la necesiten.

El punto de donación de sangre está adscrito al servicio de hematología y a la institución sin ánimo de lucro de donantes de sangre, con su aportación, forma lo que se conoce como banco de sangre del hospital.

El donante de sangre es una persona libre y altruista que ofrece, cada tres meses, parte de su sangre, que tan necesaria es en las intervenciones quirúrgicas y para algunos pacientes hemofílicos. El donante forma parte de una relación de donantes, y debe ser una persona sana, hasta los sesenta y cinco años de edad, que cada vez que acude al punto, regala casi medio litro de su sangre.

El cerco profesional del punto de donación de sangre y la asociación de donantes es estrecha, puesta que, es ésta última, la que proporciona la relación de los donantes de la zona, así como sus datos de filiación, número de teléfono y tipo de sangre que tiene. De este modo, cuando un donante acude al punto de donación de sangre, es obsequiado con algún detalle de la asociación o hermandad de donantes de sangre.

En este punto de donación de sangre están destinados, dependiendo del volumen de donantes de zona, una enfermera y un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), funcionando el punto de lunes a viernes por la mañana y por la tarde.

En el siguiente capítulo se describirán las funciones que realiza el TCAE en este puesto tan singular y a la vez, tan necesario.

2 Objetivos

- Dar a conocer el funcionamiento de un punto de donación de sangre ubicado en el centro hospitalario.
- Describir las funciones que el TCAE desarrolla en el punto de donación de sangre del centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE destinado en el punto de donación de sangre comienza la mañana dirigiéndose a la cafetería del centro hospitalario, donde, previamente, le han

preparado una serie de alimentos y bebidas, entre ellos, bocadillos, zumos, agua, etc., el motivo, cada donante después de su donación tiene que beber algún tipo de líquido y consumir algún alimento, que el TCAE ofrecerá amablemente.

Cuando tiene colocado todo el pedido de alimentación, el TCAE, prepara, las sabanillas, las agujas y las bolsas de extracción, que serán necesarias para el turno, además, de colocar sabanillas en los sillones donde los donantes se colocarán, en posición de supino, con los pies en alto, mientras dura la extracción.

El TCAE, toma, previamente, al donante, la tensión arterial, el ritmo cardiaco y la cantidad de hemoglobina en sangre, por debajo de un valor de 15, el donante no podrá donar sangre en ese momento. Todas estas constantes son anotadas en la agenda diaria, junto con los datos del donante y la última vez que realizó la donación, pues, entre extracción y extracción, deben haber transcurrido al menos tres meses, siendo el número de donaciones anuales de cuatro.

En el sillón, el TCAE, ayuda al donante a colocarse correctamente, y prepara las agujas y las bolsas, así, como las gomas elásticas, para que el personal de enfermería, en este caso, la enfermera, se disponga a pinchar al donante. En todo el proceso de extracción, el TCAE, estará observando al mismo, por si fuese necesario alguna intervención, mareos, vómitos, pérdida de la conciencia, etc...

Una vez finalizada la extracción, el TCAE, retira las dos bolsas de 225 centímetros cúbicos cada una, de sangre, y las coloca en el calentador rotador, hasta su inclusión en la nevera del punto de donación de sangre. Estas bolsas y las demás del día, al finalizar las extracciones, son llevadas por el TCAE al banco de sangre, donde sus compañeros las guardan en neveras a temperatura ideal.

Para terminar su jornada, el TCAE, recoge la ropa usada y repone las estanterías de material, para el siguiente turno.

5 Discusión-Conclusión

El punto de donación de sangre es un puesto de los servicios hospitalarios destinados a los profesionales, que por salud laboral, no pueden realizar esfuerzos en otras unidades hospitalarias, o han necesitado una readaptación del mismo.

Aunque las funciones del TCAE en el punto de donación distan bastante de parecerse a las realizadas en otras unidades hospitalarias, no quiere significar, que éste, tenga que estar en todo momento, pendiente y observando al donante, que en cualquier momento, puede sufrir, una repentina bajada de tensión arterial o tener algún vértigo o mareo.

Es importante la labor del TCAE en el conjunto de objetivos propuestos por el hospital, y sobre todo, en la complementación que se realiza desde este punto al

banco de sangre hospitalario.

6 Bibliografía

1. El papel de la enfermería en la donación de sangre. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com>.
2. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colaboración del protocolo de donación de sangre. Disponible en: <http://revistamedica.com>.
3. Protocolos clínicos de actuación ante el proceso de donación de sangre. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.

Capítulo 204

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON BRONQUIOLITIS

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

1 Introducción

La bronquiolitis se define como una infección de las vías respiratorias inferiores causada en su mayoría por el virus respiratorio sincitial (VRS), perteneciente a la familia de los Paramyxoviridae. Los pacientes que más sufren esta patología son los lactantes durante los primeros dos años de vida y en concreto entre los meses de noviembre y febrero, suponiendo un 18% de los ingresos hospitalarios, mientras que en adultos puede tomarse como un simple catarro de invierno. Se trata de una enfermedad muy contagiosa transmitida por secreciones respiratorias, con un periodo de incubación de entre 4 y 6 días. Cursa en un primer momento con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y

tos, acompañados o no de fiebre no muy alta; a las 24-48 horas del inicio comienza la verdadera dificultad respiratoria, a la que se suma en algunas ocasiones, en particular en menores de un mes de vida, la apnea, momento en el que los padres acuden a urgencias con su bebé y se procede a su ingreso con el fin de aliviar los síntomas.

En cuanto a la exploración física nos fijaremos en el aumento de trabajo respiratorio del menor, reflejado en taquipnea (más de 60 respiraciones por minuto) y tiraje intercostal, la saturación de oxígeno en aire ambiente en muchos casos estará disminuida (entre 90 y 95%) y notaremos cierta irritabilidad desconsolada del menor; en la entrevista con sus padres es frecuente que nos comenten que han notado disminución o incluso rechazo de la alimentación.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de cuidados o actuaciones básicas puede realizar o administrar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante un paciente con bronquiolitis.

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 nuestra revisión bibliográfica o trabajo se han podido encontrar artículos en los cuales nos afirman que tipo de cuidados son las importantes y que tipo de estos puede realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en pacientes con una bronquiolitis y su uso de inhaladores.

El Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería recibirá formación adecuada para poder conocer qué tipo de sintomatología puede padecer el paciente con bronquiolitis y que tipo de dispositivos de oxígeno debemos tener preparados en caso de necesitar oxigenoterapia.

Estos dispositivos son gafas de oxígeno, mascarillas Venturi, respiradores. En el último nombrado el TCAE conocerá como poder constituir el respirador con todas las piezas necesarias para poder colocar al paciente.

En el momento que llega al hospital el TCAE realizará una evaluación total del paciente desde sus constantes vitales, en casos que la saturación este por debajo de 90% se avisara al facultativo y se colocara unas gafas de oxígeno hasta nueva orden.

El TCAE acompañará al paciente a realizar una radiografía de tórax en la cual puede definir el diagnostico total de bronquiolitis.

El TCAE en pacientes que tras la evaluación se van a su domicilio con inhaladores, ayudará a los pacientes a conocer cómo funciona cada uno y como debe administrar el inhalador. También es importante que tras la administración del inhalador ingiera un poco de agua , con esto evitaremos posibles hongos en cavidad bucal. Son muchos pacientes los que sí que ponen empeño en conocer la técnica de inhaladores, pero en otras ocasiones será el familiar el que realice la técnica con el paciente. Con lo cual el tema de educación sanitaria con el paciente deberá estar presente la familia también.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe conocer todo lo relacionado con el aparato respiratorio, dispositivos necesarios tanto en pacientes con neumonía leve como si el paciente presenta un cuadro grave de bronquiolitis. Son pocas veces las que tienden a agravarse los síntomas de esta patología. El TCAE ayudará a conocer el tema de inhaladores y como se realiza la técnica correctamente.

Es importante que la educación sanitaria de lo inhaladores no tenga prisa en explicar puede influir en el entendimiento del paciente y realizarlo mal en su domicilio.

Son importantes las constantes vitales por lo que el TCAE en el momento que un paciente acuda a un servicio asistencial o hospitalario se realizará como primera valoración para futuro diagnóstico.

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 (TCAE) Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PARTO Y EN EL POSTPARTO

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

1 Introducción

El parto vaginal, también conocido como parto por vía vaginal o parto normal, es el proceso natural mediante el cual un bebé nace a través del canal de parto de la madre. Es la forma más común de dar a luz y ocurre cuando el bebé está en una posición adecuada y la madre tiene las condiciones físicas necesarias para un parto sin complicaciones.

Durante el parto vaginal, el cuello uterino se dilata gradualmente para permitir que la cabeza y el cuerpo del bebé pasen a través del canal de parto. Este proceso puede llevar varias horas y se divide en tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento.

La primera etapa, la dilatación, implica la apertura gradual del cuello uterino hasta alcanzar los 10 centímetros de diámetro. Durante esta etapa, la madre experimenta contracciones regulares y el trabajo de parto progresa.

La segunda etapa, la expulsión, comienza cuando el cuello uterino está completamente dilatado. Durante esta fase, la madre se siente impulsada a empujar mientras el bebé desciende a través del canal de parto. Una vez que la cabeza del bebé sale, el resto del cuerpo suele seguir rápidamente.

La tercera etapa, el alumbramiento, se refiere a la expulsión de la placenta y las membranas ovulares después del nacimiento del bebé. Esto suele ocurrir dentro de los 30 minutos posteriores al parto. El parto vaginal tiene muchos beneficios tanto para la madre como para el bebé.

Para la madre, puede facilitar la recuperación postparto más rápida y promover la lactancia materna temprana. Para el bebé, el parto vaginal permite la liberación natural de hormonas que promueven la adaptación respiratoria y circulatoria al nacimiento.

2 Objetivos

- Dar a conocer los tipos de cuidados en los que participa el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el parto y posteriormente, en el período puerperal.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando comienza el trabajo de parto de una paciente embarazada el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) la acompaña a su habitación y la ayuda a acomodarse. Una de las primeras tareas es ayudarla a colocarse en una posición cómoda en la cama y ponerse el camión requerido. Si las contracciones aún no

han comenzado, puede vestirse sola, pero el papel del TCAE siempre es apoyar y facilitar el proceso.

Las futuras madres en la cúspide del parto a menudo experimentan inquietud y ansiedad, ya que no pueden ingresar a la sala de partos hasta que se hayan dilatado lo suficiente. Es fundamental calmarlos, brindarles comodidad y explicarles el proceso y el cronograma para acceder a la sala de partos. Otro personal del hospital controlará el progreso de la dilatación y notificará a la madre cuando sea el momento de trasladarse a la sala de partos para el trabajo de parto.

Previamente, los auxiliares de enfermería deben asegurarse de que la sala de partos esté en óptimas condiciones, limpiando y esterilizando todo el equipo necesario. Una vez que la madre esté lista, los asistentes pueden ayudarla con el posicionamiento. Como asistente de enfermería, sus deberes pueden incluir asegurarse de que la futura madre esté preparada para el parto, incluido el afeitado del

área genital o el sitio de la incisión para una cesárea.

Cuando sea el momento, la matrona, la enfermera y el médico (si es necesario) ingresarán a la sala de partos, y el auxiliar de enfermería debe estar familiarizado con todos los instrumentos que puedan ser necesarios para ayudar al equipo de atención médica. Además, el asistente debe estar listo para ayudar con cualquier tarea necesaria y mantener una comunicación abierta con el equipo durante todo el proceso de entrega.

5 Discusión-Conclusión

La función del TCAE en colaboración con la matrona durante el puerperio de la paciente es asegurar el máximo nivel de comodidad y bienestar tanto para la paciente como para el recién nacido, así como para su acompañante. En esta fase particular, nuestra asistencia con la higiene es crucial para las mujeres. A menudo, incluso con una epidural, no pueden moverse libremente ni cuidarse solos.

Agotadas después del parto, confían en nuestra ayuda para garantizar una higiene adecuada. El bienestar tanto del bebé como de la madre es de suma importancia durante el parto y la atención posparto.

Creo que los padres deben tener un papel más activo en este proceso, y es fundamental que ambos padres practiquen el contacto piel con piel con el recién nacido. En las primeras horas después del parto, es crucial monitorear de cerca a la madre, ya que es cuando es más probable que ocurran los riesgos potenciales.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>

Capítulo 206

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL PACIENTE CON ALZHEIMER

TERESA CARBONERAS NAVALON

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa crónica y progresiva que afecta principalmente a las funciones cognitivas, como la memoria, el pensamiento, la orientación y la capacidad para llevar a cabo actividades diarias. Se manifiesta gradualmente y empeora con el tiempo, lo que conduce a una disminución significativa de la calidad de vida de quienes la padecen. La enfermedad de Alzheimer también puede causar cambios en la personalidad y el comportamiento, así como problemas físicos a medida que avanza.

Las causas exactas del Alzheimer aún no se comprenden completamente, pero se cree que involucran una combinación de factores genéticos, ambientales y relacionados con la edad. Los factores de riesgo incluyen:

1. Edad avanzada: El riesgo de desarrollar Alzheimer aumenta con la edad. La mayoría de los casos se presentan en personas mayores de 65 años.
2. Genética: Se han identificado ciertos genes, como el gen APOE, que están asociados con un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer. Sin embargo, tener estos genes no garantiza que alguien desarrollará la enfermedad.
3. Historia familiar: Las personas con antecedentes familiares de Alzheimer tienen un mayor riesgo, lo que sugiere una predisposición genética en algunos casos.
4. Factores de riesgo cardiovascular: La hipertensión, la diabetes, la obesidad y el tabaquismo pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.
5. Lesiones cerebrales: Lesiones cerebrales traumáticas repetidas o graves pueden aumentar el riesgo de desarrollar Alzheimer.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del TCAE en el manejo de pacientes con Alzheimer.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los TCAE y otros profesionales de la salud que trabajan con pacientes con Alzheimer desempeñan un papel crucial en la atención y el apoyo a las personas afectadas por esta enfermedad. Esto puede incluir:

1. Cuidado y asistencia personal: Los TCAE pueden ayudar con las actividades de la vida diaria, como la alimentación, el baño, la movilización y la administración

de medicamentos a los pacientes con Alzheimer que pueden tener dificultades para hacerlo por sí mismos.

2. Apoyo emocional: Proporcionar apoyo emocional a los pacientes y a sus familias es fundamental. La enfermedad de Alzheimer puede ser angustiante tanto para quienes la padecen como para sus seres queridos, y los TCAE pueden desempeñar un papel importante en brindar consuelo y comprensión.

3. Observación y seguimiento: Los TCAE pueden observar y registrar cambios en el estado de los pacientes, lo que es esencial para ajustar los planes de atención y detectar posibles complicaciones.

4. Mantener un entorno seguro: Prevenir caídas y lesiones al garantizar un entorno libre de obstáculos.

5. Comunicación efectiva: Utilizar técnicas de comunicación adaptativas para interactuar con el paciente y calmar posibles frustraciones.

6. Colaboración en planes de cuidados: Trabajar en conjunto con el equipo de salud para desarrollar y seguir planes de cuidados específicos para el paciente con Alzheimer.

7. Registro y documentación: Mantener registros precisos de las actividades y cambios observados en el paciente.

El fomento de la estimulación sensorial en pacientes con Alzheimer es importante para mantener su conexión con el entorno y su bienestar general. Un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede llevar a cabo varias actividades diseñadas para estimular los sentidos del paciente. Aquí tienes algunas actividades que pueden ser beneficiosas:

1. Música y canciones: Reproducir música suave o canciones que el paciente solía disfrutar puede evocar recuerdos y emociones. También puedes animar al paciente a cantar o tocar instrumentos musicales simples.

2. Aromaterapia: Utilizar aceites esenciales con olores agradables, como lavanda o naranja, para estimular el sentido del olfato del paciente.

3. Masajes suaves: Proporcionar masajes suaves en manos, pies o espalda puede ayudar a relajar al paciente y mejorar su sensación táctil.

4. Tacto y texturas: Ofrecer objetos con diferentes texturas para que el paciente

los explore con las manos, como telas suaves, rugosas o peluches.

5. Pintura y arte: Proporcionar materiales como pinturas de dedos o acuarelas, para que el paciente pueda expresarse a través del arte táctil.

6. Paseos al aire libre: Si es posible, llevar al paciente a pasear al aire libre para que pueda experimentar diferentes sensaciones, como el viento en la cara o el contacto con la naturaleza.

7. Terapia con animales: La interacción con mascotas amigables, como perros o gatos, puede brindar una estimulación sensorial positiva.

8. Terapia con aromas de comida: Preparar alimentos o bebidas con olores agradables y ofrecer al paciente la oportunidad de oler y saborearlos de forma segura.

9. Estimulación visual: Mostrar imágenes familiares, fotografías o libros ilustrados para estimular la vista del paciente y promover conversaciones sobre los recuerdos asociados.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer es una condición devastadora que afecta no solo a quienes la padecen, sino también a sus seres queridos. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en el manejo de esta enfermedad. Su responsabilidad abarca desde proporcionar cuidados básicos, como la higiene y la alimentación, hasta ofrecer apoyo emocional y estimulación sensorial.

Los TCAE deben adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes a medida que la enfermedad progresa, brindando cuidados con paciencia y comprensión. La seguridad del paciente es prioritaria, evitando caídas y lesiones. Además, la comunicación efectiva y la empatía son clave para calmar la ansiedad y la confusión que pueden experimentar los pacientes.

En resumen, los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención y el bienestar de las personas con Alzheimer, proporcionando cuidados integrales y apoyo emocional para mejorar su calidad de vida y aliviar la carga de las familias que enfrentan esta enfermedad.

6 Bibliografía

- 1.<https://alzheimer.mx/preguntas-frecuentes>
<https://www.alz.org/ar/demencia-alzheimer-argentina.asp>.
- 2.<https://www.elpais.com.co/salud/que-personas-son-propensas-a-sufrir-de-alzheimer-1445.html>.
- 3.<https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>.
- 4.<https://saludpsicologia.es/desorientacion-y-perdida-de-memoria-repentina/>.

Capítulo 207

LOS PROFESIONALES SANITARIOS: LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA Y LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ALICIA MENÉNDEZ GARCÍA

XANA MÉNENDEZ GARCÍA

1 Introducción

La actividad profesional sanitaria ha ido evolucionando durante la prehistoria y a edad antigua fundamentalmente eran las mujeres las que se dedicaban al cuidado, aunque en los hospitales esta labor era de los hombres.

En la prehistoria atribuían las enfermedades a causas sobrenaturales, mágico-religiosas. Aparece la figura del mago o hechicero, que cumplía la función de sacerdote y curaba por medio de ritos o cánticos.

En ese momento aparece el papel de la mujer ayudante del sanador, con remedios para las enfermedades obtenidos, de la observación de la evolución de las enfermedades, con plantas y hiervas medicinales.

En Egipto surge la figura de la comadrona, mujer sin preparación teórica, pero con gran experiencia, que atiende los partos.

En la Edad media, el concepto de enfermedad adquiere un valor religioso y la enfermería es vocacional, se levantan hospitales en los que descansan los peregrinos

y donde se atiende a los que enferman, en las ciudades aparecen los gremios y cofradías que atendían a sus miembros cuando enfermaban.

A principios del siglo XX existen tres tipos de profesionales en el ámbito de la enfermería:

- Los practicantes, que realizan curas y actividades de cirugía menor, administraban medicamentos, colaboraban con el médico...
- Las matronas, encargadas de atender los partos naturales.
- Los cuidadores o enfermeros, pertenecientes a las instituciones religiosas o de carácter benéfico, asistían a los enfermos hospitalizados.

2 Objetivos

- Informar sobre la historia de la enfermería y como surge la profesión de auxiliar de enfermería.
- Describir las funciones 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

Evolución del título de enfermería

1915

Se reconoce oficialmente el título de enfermería a propuesta de las siervas de María, congregación dedicada al cuidado del enfermo. Con ello, lograron dar el impulso necesario a la enfermería que se había iniciado unas décadas antes. En este momento la profesión se clasifica en: practicantes, matronas y enfermeras.

1950

Se unifican los estudios de practicantes, enfermeras y matronas y se crea la figura de ayudante sanitario (ATS), título que unifica las tres figuras profesionales y que eleva su nivel de preparación, vinculando los estudios a las facultades de medicina.

1960

Comienzan a existir una gran demanda de estos trabajos pues, al generalizarse la atención sanitaria pública, se construyen varios grandes hospitales.

1977

Con la llegada de la democracia y la incorporación a la universidad, se crea el título de diplomado universitario de enfermería (DUE), con formación de tres años en las escuelas universitarias de enfermería.

2005

Se crean siete especialidades de enfermería:

- Obstetricia y ginecología.
- Salud mental.
- Geriatria.
- Trabajo y salud laboral.
- Cuidado médicos quirúrgicos.
- Familia y comunitaria.
- Pediatría.

2008

El impulso definitivo llegó con el plan Bolonia, por el que se creó el espacio europeo de educación superior, modificando todo el sistema universitario en la unión europea con la creación de los grados.

En febrero de 2008, se publicaron en el BOE las condiciones de los planes de estudios de enfermería. Pasa a ser un grado universitario de enfermería de 4 años de formación y 240 créditos académicos, lo que supone la equiparación de los estudios de enfermería al resto de titulaciones históricas.

Evolución del Título de TCAE

1960

Las funciones de los auxiliares se regulan legalmente asignándoles tareas de asistencia básica en los hospitales y se les denomina auxiliares de clínica.

1975

Se instauran los estudios de formación profesional de primer grado que permiten la obtención del título de auxiliar de clínica.

1986

Se introduce en los hospitales públicos la categoría profesional de auxiliar de enfermería en sustitución de la auxiliar de clínica, exigiéndole la citada titulación de formación profesional.

1995

Se aprueba oficialmente el Título de técnico en cuidados de enfermería y sus enseñanzas mínimas.

Las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- Mantenimiento, conservación y limpieza del material sanitario requerido para asistencia en una consulta, unidad o servicio.
- Mantenimiento del orden, limpieza y condiciones higiénico-sanitario del paciente y su entorno.
- Participar en el control de infecciones nosocomiales, aplicando las técnicas de aislamiento siguiendo los protocolos establecidos.
- Citación y registro de los datos de los pacientes.
- Lavar, asear y realizar la higiene de los pacientes en función de sus necesidades del plan de cuidados.
- Preparar al paciente para su traslado y asegurar que se cumplen las condiciones del mismo.
- Movilizar al paciente dentro de su medio, teniendo en cuenta su estado y posición anatómica recomendada.

5 Discusión-Conclusión

A modo resumen, desde 1995 se aprueba el título de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería. Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial. Por último y no menos importante se debe de tratar al paciente como un ser particular, singular con sus características propias, es en este apartado donde entraría la capacidad de observación de la TCAE como persona implicada directamente en su cuidado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 208

LA LABORES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN ORAL DE LOS PACIENTES

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

CORAL RAMÍREZ MORA

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

1 Introducción

La alimentación oral es la preparación y ayuda del paciente para su alimentación. Es la ingesta de alimentos por vía oral, es decir, a través de la boca.

Al colocar una bandeja se debe considerar que algunos pacientes son capaces de cuidarse solos y otros pueden necesitar ayudar para tomar sus comidas.

El hecho de que los pacientes necesiten ayuda para comer, puede deberse a diferentes causas, como neurológicas, posibles cambios fisiológicos, prevalencia de enfermedades como puede ser la disfagia (que afecta a más del 50% de las personas

mayores de 80 años), que es la incapacidad o dificultad para ingerir alimentos sólidos o líquidos desde la cavidad bucal y el esófago hasta el estómago.

Cuando se nota dificultad para tragar, ya sea con líquidos o alimentos sólidos, se debe tener cuidado con un alto riesgo de complicaciones, entre ellas deshidratación, desnutrición, estreñimiento, neumonía, broncoaspiración, obstrucción de las vías respiratorias, hábitos alimentarios desfavorables y cambios de humor.

Para la nutrición oral el material necesario que debemos de tener es una planilla de dieta, una bandeja con la dieta prescrita, entremetida, servilleta, vaso, paja para líquidos si precisa.

Hay distintos tipos de dietas: dieta basal, líquida, astringente, hipoproteica, etc., y es fundamental que la TCAE diferencie los distintos tipos de dieta que existen, para administrar a cada paciente su dieta correctamente.

2 Objetivos

Explicar el papel fundamental de los TCAE en la alimentación oral de los pacientes que por diversos motivos no pueden alimentarse solos.

3 Metodología

Para la realización 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 la técnica de la alimentación oral, los TCAE podrán encontrarse con pacientes que serán autónomos y pacientes con un nivel de dependencia más o menos severo. Vamos a describir las funciones del TCAE en ambos casos:

-Al paciente autónomo se le proporcionará el material necesario para el lavado de manos y se le ayudará si lo precisará. Se revisará que la comida de la bandeja se corresponde con la dieta que se haya solicitado para el paciente. En caso de existir alguna alergia o intolerancia alimentaria, se verificará que la comida sea la correcta y se colocará la mesa con la bandeja a una distancia adecuada.

-Al paciente con diferentes grados de dependencia: Si son pacientes que requieren ayuda para comer, se procederá de la siguiente manera: si son pacientes de edad avanzada o muy jóvenes, o si tienen alteraciones neurológicas, debemos valorar su capacidad de masticación, deglución y nivel de fatiga.

Se debe decir al paciente lo que se va a hacer y pedir su colaboración.

El paciente deberá sentarse con la espalda recta, dentro de sus posibilidades. La cabeza deberá estar ligeramente inclinada hacia delante, en el momento de proceder a tragar. También se procurará que el paciente esté tranquilo y sosegado. En caso de utilizar prótesis dentales, estas deberán estar correctamente ajustadas y colocadas, de lo contrario se retirarán para la comida.

En primer lugar, se hará el lavado de manos al paciente. Después se le preguntará en qué orden desea comer los diferentes platos, si desea que los trozos se hagan más pequeños con el fin de que trague sin dificultad. Si hubiera que alimentarle a cucharadas, serán pequeñas cantidades, para evitar posibles atragantamientos. Se ofrecerá líquidos con frecuencia, y siempre que el paciente lo solicite.

Una vez finalizada la comida, debemos inspeccionar lo que se ha consumido antes de retirar la bandeja y colocarla, junto con la mesa, en el lugar adecuado. Luego proporcionamos los accesorios para el lavado de manos e higiene bucal, ofrecemos asistencia según sea necesario y finalmente colocamos al paciente en una posición cómoda y se le lavarán las manos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe tener paciencia para solucionar cualquier problema que se presente y modificar el tipo y la consistencia del alimento para adaptarlo a la capacidad de tragar del paciente.

Según las características del alimento, se pueden utilizar espesantes para mejorar la deglución si el alimento es líquido y el paciente tiene dificultades para tragar correctamente. El espesante debe agregarse gradualmente porque algunos alimentos espesan inmediatamente, mientras que otros lo hacen al poco tiempo. Será más sencillo combinar el líquido con el espesante si está tibio. Los alimentos sólidos serán en textura puré si el paciente degluta mal este tipo de alimentos. No se mezclarán texturas diferentes y se deberá estimular reflejos tales como frío-calor, amargos-ácidos. Es muy recomendable usar gelatinas.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 209

CUIDADOS POR PARTE DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA EVITAR LAS CAÍDAS

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

ANA DOÑATE ARNEADO

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

1 Introducción

Las caídas de los pacientes hospitalizados son un problema de salud pública. Pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y su familia, por las limitaciones que imponen, así como por el miedo que infunden a quienes tienen miedo de volver a caer.

Una fractura de cadera es el tipo de fractura ósea más común que se presenta en pacientes hospitalizados, especialmente en personas mayores, donde el riesgo de caída es muy alto y puede tener graves consecuencias. Podríamos definir la

caída como un incidente que hace que el paciente caiga al suelo en contra de su voluntad.

Es muy importante evitarlos, hacer ejercicio para mantener la fuerza muscular, hacerse exámenes de la vista y mantener una dieta saludable. La edad del paciente, o la vejez, también puede ser un factor que contribuya a las caídas. Utilizar técnicas que reduzcan el número de pacientes hospitalizados que caen es crucial porque hacerlo le permitirá reducir costos en el hospital porque de lo contrario su estadía se prolongaría. Dado que es ella quien más cuida al paciente en esta situación (ajustes posturales, acompañamiento al baño, aseo, etc.), la labor del técnico auxiliar de cuidados de enfermería sería crucial.

2 Objetivos

- Describir las actuaciones del TCAE para prevenir caídas en pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para completar este capítulo se utilizó una revisión bibliográfica en varias bases de datos, artículos de internet entre 2018 y 2020, libros de medicina y diversas guías de protocolos de riesgo de caídas.

También se han utilizado las siguientes palabras clave: caídas, personas mayores, prevención, motivos de accidentes hospitalarios, etc.

4 Resultados

Las personas mayores son el grupo demográfico de la sociedad que corre mayor riesgo de caer. Estos accidentes resultan en lesiones que requieren tiempos de curación prolongados, estancias hospitalarias prolongadas, un alto nivel de dependencia y la posibilidad de accidentes futuros. El uso de dispositivos de restricción de movimiento, como pasamanos, sistemas de sujeción y cinturones, para asegurar al paciente a la cama o silla es necesario para prevenir estas caídas; eso sí, siempre con el consentimiento y autorización de la familia. De la misma manera que utilizan más recursos y llenan más camas en los hospitales, las caídas también tienen altos costos financieros para la salud. cae entre la población. Los pacientes de edad avanzada son más susceptibles a sufrir fracturas o lesiones graves, lo que limita su movilidad y aumenta su morbilidad y mortalidad.

Las siguientes son las principales variables que afectan las caídas:

- Una pérdida de equilibrio.
- Diabetes, hipotensión o neuropatías.
- Problemas relacionados con la visión.
- Consumir alcohol.
- Tomar medicamentos que nos produzcan mareos.

Hay dos categorías de las causas más frecuentes de estas caídas:

- Extrínsecos: son aquellos que están relacionados con el entorno del paciente, por lo que se desconocen tanto las estrategias de prevención como el propio entorno: condiciones ambientales, falta de uso de sujeciones en sillas o camas, sillas y muebles en mal estado, calzado inadecuado, camas extremadamente altas o sistemas de retención rotos.
- Intrínsecas: En este caso, se trata de afecciones que están directamente relacionadas con el paciente hospitalizado, como enfermedades de larga duración (Parkinson, demencia, trastornos cerebrales, convulsiones), problemas de equilibrio relacionados con el envejecimiento, alteraciones visuales (cataratas, glaucoma), problemas del sistema locomotor y neurológico, afecciones cardíacas, uso inadecuado de medicamentos y enfermedades crónicas.

5 Discusión-Conclusión

Tras revisar la información de los apartados anteriores, podemos afirmar que las personas mayores tienen más probabilidades de sufrir lesiones por caídas que las personas de otras edades.

La edad, el sexo y el estado de salud del paciente son los principales determinantes. Nuestros ancianos corren mayor riesgo de morir o sufrir lesiones graves por caídas porque la edad es uno de los principales factores de riesgo de caídas y a medida que uno se hace mayor. Aunque no existe diferencia en el riesgo de caídas entre hombres y mujeres según el género, se ha descubierto que los hombres tienden a morir con mayor frecuencia a causa de estos accidentes, por ello el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, deben de tener cuidado, ya que son los que más tiempo están con estos pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 210

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

ANA DOÑATE ARNEDO

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital es un área separada con fácil acceso a todos los demás servicios del hospital a pesar de su ubicación independiente. Para brindar al paciente una atención de alta calidad y hacer que su estadía sea más placentera, el equipo debe trabajar en conjunto para abordar tanto las necesidades del entorno como las dolencias físicas y mentales del paciente. Dado que la UCI es sólo para pacientes que necesitan atención especial porque tienen un alto riesgo de que sus funciones vitales cesen, es una de las áreas con mayores índices de estrés y presión por técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Dado que las funciones del Asistente en la UCI son cruciales tanto para los profesionales médicos como para los pacientes en condiciones críticas de salud cuyas

vidas corren peligro debido a accidentes, debe tener la mente abierta, escuchar a los que le rodean y aprender de ellos. Esto se debe a que las Unidades de Cuidados Intensivos son sumamente complejas en cuanto a los materiales, a los pacientes y también a la parte humana de los propios profesionales. Como consecuencia del COVID-19 en estos momentos así como de enfermedades crónicas. Se necesita cooperación, formalidad, consideración, amabilidad, empatía e integridad para llevar a cabo este trabajo.

2 Objetivos

Identificar los conocimientos especializados de la unidad necesarios para un excelente desempeño profesional y una excelente atención al paciente 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

La clave para brindar atención médica de calidad en las unidades de cuidados intensivos es el trabajo multidisciplinario, ya que es fundamental preparar al paciente y el material, preparar el campo de actuación, mantener la asepsia, mantener el orden, garantizar que siempre se dispone de todos los suministros y equipos necesarios para una adecuada atención al paciente y asistir a la enfermera, el apoyo y colaboración efectiva del técnico auxiliar de cuidados de enfermería suma a la seguridad del profesional sanitario. o médico durante todos los procedimientos. A través de los procedimientos que realizan, brindan a los pacientes alimentos que pueden consumir por vía oral y a través de una sonda nasogástrica. atender a las familias de los pacientes, mostrarles las instalaciones del hospital e informarles sobre las reglas. Visitas y estancia en UCI, recoger todo el contenido de la caja, deshacerse de consumibles, limpiar y tener otra caja lista por si aparece un nuevo paciente. En definitiva el TCAE de este servicio debe

ser una persona responsable, considerada, honesta, cálida y con buenos hábitos de limpieza e higiene. Tener la capacidad de priorizar tareas y trabajar de forma organizada. Debe completar su trabajo en tiempo y orden. Lo más importante es que debes ser muy digno de confianza y responsable. La capacidad de tolerar y trabajar en equipo es el último requisito. Tanto el cansancio como el estrés en circunstancias urgentes. Los TCAE de este servicio, además de tener las habilidades fundamentales necesarias para la atención al paciente y familiares, deben tener formación en cursos de atención al paciente crítico. Esta persona debe tener vocación, ser bien organizada, comunicativa y capaz de trabajar bien en equipo. También necesitan tener una moral y una ética sólidas

5 Discusión-Conclusión

La promoción de la mejora o recuperación de la salud puede depender significativamente de qué tan bien se atiende al paciente. El bienestar de estos pacientes en estado crítico depende del conocimiento y la aplicación de los cuidados fundamentales por parte de los TCAE. Especialmente en lo que respecta a factores ambientales, movilidad del paciente y cuidados de higiene. En resumen, los TCAE necesitan sentirse cómodos con su entorno de trabajo y, en particular, con sus herramientas tecnológicas, como carritos y respiradores. Esto debe ser bien conocido en la UCI pero es poco común en otras unidades hospitalarias. El auxiliar de enfermería debe ser organizado y práctico, y debe trabajar de una manera que le ayude a mejorar.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/importancia-tcae-uci/>.

Capítulo 211

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO GÁSTRICO: AYUDA A LA ENFERMERA

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

ANA DOÑATE ARNEDO

1 Introducción

El proceso de lavado gástrico permite vaciar el contenido del estómago para evitar que pase al resto del tracto digestivo y sea absorbido. Aunque es sencillo de hacer y eficaz con determinadas sustancias, no deja de serlo.

Procedimiento invasivo que sólo debe usarse cuando sea necesario porque puede extraer toxinas que podrían ser dañinas si se consumen accidentalmente o intencionalmente.

Las intoxicaciones agudas requieren con frecuencia consultas a los servicios de urgencias, y en estos pacientes se suele tener en cuenta la recomendación de una medida terapéutica que impida la absorción de la sustancia tóxica consumida

por vía oral. Una de esas opciones es el lavado gástrico. En varias ocasiones, el paciente recibía carbón activado como paso final del tratamiento.

Esta sustancia impide que las toxinas sean absorbidas por el intestino y absorbe las toxinas que el procedimiento de lavado gástrico no pudo eliminar, disminuyendo sus niveles plasmáticos.

Este método de insertar una sonda en la cavidad digestiva se puede utilizar para diagnosticar y tratar diversas patologías, incluida la oclusión intestinal, la extracción de muestras de jugo gástrico y la detección de sangre. Por supuesto, es crucial que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) mida el nivel de conciencia y cooperación del paciente.

2 Objetivos

Indicar el personal e insumos necesarios para llevar a cabo este procedimiento clínico, que consiste en introducir una sonda gástrica hasta el estómago a través de la boca o la nariz.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica de la literatura previa. También se han consultado artículos en las principales bases de datos (Pubmed, Medlines, Google Scholar y Scielo), con el objetivo de seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Los pacientes que han ingerido un veneno potencialmente peligroso son candidatos para el lavado gástrico, pero hay una serie de factores que deben tenerse en cuenta primero, incluida la cantidad y toxicidad del veneno consumido, así como el tiempo transcurrido desde la ingestión.

Se requieren dos personas: una enfermera y un TCAE.

Los suministros requeridos son:

- Una sonda nasogástrica multiperforada de gran calibre.
- Una cánula orofaríngea suplementaria.
- Lubricante a base de agua.
- Una jeringa de 50 cc.

- Gasa.
- Guantes.
- Agua.
- Un estetoscopio.
- Aspirador preparado y sonda de aspiración.
- Carbón activado, si es necesario por la sustancia consumida.

La actuación se lleva a cabo de la siguiente manera:

Retiraremos las prótesis dentales, si las hubiera, tras identificar claramente al paciente y explicarle el procedimiento, y posteriormente le colocaremos en decúbito lateral izquierdo.

Midiendo la distancia desde la nariz hasta el lóbulo de la oreja y luego desde allí hasta la apófisis xifoides, podemos determinar la longitud de la sonda que se insertará. Lubrificaremos la punta e introduciremos la sonda por vía oro/nasofaríngea mientras indicarle al paciente que trague para ayudar a que la sonda pase más fácilmente.

Una vez ingresada la longitud calculada, se confirma la ubicación aspirando el contenido o inyectando un bolo de aire y usando un estetoscopio para escuchar burbujas a nivel epigástrico. Actualmente existen dispositivos que, una vez confirmada la ubicación de la sonda, conectan a la sonda una bolsa de lavado con capacidad de 3000 cc de agua y una bolsa de vaciado mediante un tubo en forma de Y.

Para controlarlo se utilizan unas pinzas de sujeción que vienen con el equipo. Empezaremos introduciendo pequeñas cantidades de agua (unos 250-300 cc) y luego más.

Dejaremos que el líquido salga en unos segundos sin necesidad de aspiradores hacia la bolsa que emergerá por gravedad. Si está indicado, se inyectará carbón activado a través de la sonda una vez que el material extraído esté claro y no muestre signos de que todavía haya material tóxico presente. Se utiliza agua tibia para reconstituir el carbón, que se suministra en forma de polvo.

Es necesario sujetar el tubo e informar al paciente antes de retirarlo. Para evitar aspiraciones involuntarias después de retirar el tubo, le indicaremos que respire y contenga la respiración.

5 Discusión-Conclusión

A diferencia de otras unidades, el lavado gástrico es más bien un procedimiento de emergencia. Es una técnica totalmente enfermera que, como todas las demás, requiere una documentación exhaustiva tanto del procedimiento como de los

cuidados que se siguieron. Su objetivo es brindar al paciente el mayor confort mientras se monitorean de cerca sus signos vitales y posibles cambios en la conciencia o la función cardíaca.

Para realizar este procedimiento de enfermería de forma segura y efectiva es necesario actualizar tanto los conocimientos técnicos y materiales como la praxis a través de talleres y garantizando que la seguridad del paciente sea siempre una prioridad.

6 Bibliografía

1. Bugarín R, Galego P, Martínez JB, García A. El lavado gástrico. Med Integr. 2001; 38(9):379-84. <http://www.fisterra.com>.

Capítulo 212

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE DE SALUD MENTAL

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

1 Introducción

Cuando determinadas personas sufren de trastornos psicóticos, experimentan una pérdida de contacto con la realidad. Su comportamiento y personalidad sufren enormes cambios que pueden estar causados por las alucinaciones y/o delirios que causarían comportamientos singulares, como podrían ser uno habla ininteligible y respuestas que nada tendrían que ver con una situación normal. El individuo afectado por esquizofrenia tendría gravemente afectado el pensamiento, la percepción, las emociones y su comportamiento. Sin contar con que, en determinadas situaciones, el individuo tendría comportamientos suicidas que consecuentemente pondrían en peligro su vida.

Se distinguen varios de tipos de esquizofrenia:

- Paranoide
- Desorganizada o hebefrenia
- Catatónica
- Indiferenciada
- Residual

Su sintomatología se divide en dos categorías:

- Síntomas positivos: Alucinaciones consistentes en ver o escuchar cosas que en realidad no están sucediendo que pueden desembocar en un carácter violento. Lenguaje desorganizado con palabras sueltas o incapacidad de seguir conversaciones y un comportamiento inusual basado en falta de obediencia y movimientos rápidos y excesivos.
- Síntomas negativos: Hablamos de sujetos con falta de emociones, incapacidad para expresar sentimientos. Falta de vocabulario en la comunicación con el uso frecuentemente de respuestas cortas y sin sentido. Problemas a nivel cognitivo que llevaría al sujeto a una falta de atención cuando realiza actividades o mantienen algún tipo de conversación, por lo que hablamos de sujetos que tendrían mucha dificultad para llevar relaciones sociales con normalidad.

2 Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Dar a conocer más profundamente el problema de la esquizofrenia como enfermedad entre la comunidad de Técnicos En Cuidados Auxiliares de Enfermería para así poder participar en la creación de rutinas que hagan más fácil la vida cotidiana de estas personas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Exponer las distintas tareas que lleva a cabo el Técnico En Cuidados Auxiliares de Enfermería ante pacientes con esquizofrenia.
- Destacar la importancia del Técnico En Cuidados Auxiliares de Enfermería a la hora de ayudar en las actividades de la vida diaria del enfermo institucionalizado para crear rutinas que mantengan al usuario lo más estable posible en su vida cotidiana.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica

existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La esquizofrenia es una enfermedad que va acompañada de multitud de factores. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer muy bien la enfermedad en general, y al enfermo en particular. Esto ayudaría a detectar cuando el usuario pudiera entrar en crisis para así minimizar consecuencias, evitar riesgos y determinadas situaciones que pusieran en peligro tanto al individuo como al resto de personas que se relacionan con él y que pertenecen a su entorno habitual. Es recomendable una formación adecuada y centrada en esta enfermedad para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que estuviera a prestando servicios con este tipo de personas. Entender la enfermedad y al enfermo ayudaría a que este tuviera una mayor calidad de vida.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encontraría a un paciente con un complicado tratamiento de polifarmacia basado en antipsicóticos en los que la rutina y la toma del tratamiento adecuadamente hacen que el enfermo pueda llevar una vida relativamente normal y evitan muchos episodios agudos, ya que la esquizofrenia no tiene cura.

La rutina en la realización de las actividades de la vida diaria y la asistencia y realización de diversas actividades en talleres o terapias serían importante para la salud del enfermo, ya que una educación adecuada dotaría de herramientas a este tipo de personas para poder enfrentarse a situaciones cotidianas y evitar situaciones de estrés que podrían provocar crisis.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudaría, ya que es el que pasa la mayoría del día con el enfermo, a crear un entorno estable y estructurado. Se intentará que el paciente sepa en todo momento lo que se va a hacer, explicándole donde vamos y que haremos evitándole situaciones de estrés.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del equipo interdisciplinar que trata a los enfermos de esquizofrenia es imprescindible, ya que una vez más es el que pasa la mayoría del tiempo con ellos, más aún cuando estos están institucionalizados.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería complementaría el plan de cuidados de enfermería, porque se convierte en la persona que acompaña y cuida al paciente en la totalidad del día y algunas veces de su vida.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería es el que recopila datos sobre el comportamiento del paciente, realiza estrategias e interviene en los comportamientos del paciente, confeccionando así un plan de cuidados integral que después aportará al equipo interdisciplinar para así poder modificar pautas conductuales que hagan más fácil la vida de este tipo de pacientes y poder aumentar en la medida de los posibles su integración social. 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.lopezibor.com/pacientes/psicosis/>
2. <https://revistamedica.com/esquizofrenia-tcae-servicio-de-salud-mental/>
3. <https://psicologosoviedo.com/especialidades/trastornos-psicoticos/tiposesquizofrenia/>
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-con-esquizofrenia/>
5. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/esquizofrenia.html#:~:text=El%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20de%20la,risperidona%2C%20olanzapina%2C%20ziprasidona%20o%20quetiapina>

Capítulo 213

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

JUANA REYES ESPINOSA

1 Introducción

La anafilaxis es la una reacción alérgica más grave que existe, es considerada emergencia médica. Ya que la respuesta inmunitaria es exagerada.

La anafilaxis puede estar provocada por la ingesta de algún alimento, medicamentos o picaduras de insectos, látex (especialmente relevante en el contexto sanitario), anisakis (parásito que se encuentra en el pescado), frío, ejercicio...

La anafilaxis inducida por ejercicio (AIE) se caracteriza por la comezón generalizada con o sin ronchas, bajada de la presión sanguínea y el estrechamiento de las vías respiratorias superiores. En algunas ocasiones, solo ocurre después de la ingestión de algunos alimentos. En un porcentaje no despreciable de casos, alrededor de un 5%, no se halla una causa específica a la anafilaxis.

Se distingue de la alergia por la extensión de la reacción inmunitaria. El shock anafiláctico se produce por liberación masiva de sustancias mediadoras de reacción alérgica, esto causa una vasodilatación y contracción de la musculatura con afección los de órganos.

En la anafilaxia, primero se produce una fase de sensibilización, y posteriormente la reacción anafiláctica. También se puede llegar a producir lo que se denomina una anafilaxia tardía. Los alérgenos inducen una reacción de hipersensibilidad tipo I, donde son secretadas cantidades enormes de IgE. Estos anticuerpos se fijan en la membrana de mastocitos y basófilos, “sensibilizándolos”. Cuando se vuelve a entrar en contacto con el alérgeno, la respuesta es exagerada.

2 Objetivos

- Analizar tanto los síntomas como el protocolo que debemos llevar a cabo en una situación de alergia grave como es la anafilaxia.

3 Metodología

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

4 Resultados

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

Uno de los síntomas más graves y peligrosos de la anafilaxis es la histamina, ya que puede causar constricción de los bronquios, con edema de laringe o broncoespasmo intenso, afectación cardiovascular con parada cardíaca, causando la muerte.

Por ello, es necesario que la persona que está sufriendo una reacción de este tipo sea llevada al centro sanitario más cercano en el menor tiempo posible.

La exposición al alérgeno suele derivar en la aparición de signos y síntomas en cuestión de segundos o minutos, de manera excepcional puede tardar algunas horas, la rapidez con la que se manifiesta es proporcional a la gravedad del ataque. Los síntomas podemos clasificarlos en grados.

En el primer grado estarían los síntomas como urticaria generalizada, ansiedad, malestar...

En el segundo grado, tendríamos los síntomas del primer grado, más angioedema, opresión torácica, náuseas, vómitos, diarrea...

En el tercer grado, a los síntomas de los grados anteriores hay que sumarle sibilancia, disnea, estridor.

En el cuarto grado y último, tendríamos los anteriores más la hipotensión, pérdida de conciencia y relajación de esfínteres.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Seguiremos el protocolo PAS (Proteger, Avisar y Socorrer) y valoración ABCDE (La evaluación de la vía aérea, la respiración y la circulación, el déficit neurológico y la exposición).

El tratamiento más habitual en los centros sanitarios es la adrenalina intramuscular, ya que actúa de forma muy rápida y mejora la mayoría de los síntomas de la anafilaxia.

En los casos más graves hay que monitorizar al paciente.

En términos generales, debemos asegurar la permeabilidad de la vía aérea y valorar la necesidad de la intubación por otra que hay, comprobar el nivel de conciencia, respiración y pulso.

Colocaremos al paciente tumbado y con las piernas elevadas para aumentar el flujo sanguíneo al corazón, teniendo en cuenta que esta posición no es aconsejable si el paciente está teniendo vómitos o dificultad respiratoria. En el caso de que estuviera inconsciente tendríamos que ponerle la posición de seguridad lateral.

Aflojaremos la ropa y le quitaremos todo lo que pueda presionarlo.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que sufren alergias graves deben estar prevenidas y aconsejadas para seguir el protocolo en caso de alergias graves.

Como sanitarios debemos educar a la familia y al propio paciente para reconocer los síntomas con los que deben acudir a emergencias o pedir una ambulancia de forma urgente.

Ya que cuando un paciente sufre un shock anafiláctico tiene riesgo de perder la vida, en los casos más graves se produce una afección respiratoria grave o broncoespasmo intenso que puede ir acompañado de una parada cardíaca. Con lo cual es imprescindible que se le administre adrenalina para paliar los síntomas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 214

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

1 Introducción

En el campo de la salud, la asistencia en procedimientos diagnósticos y terapéuticos es una parte esencial para brindar atención médica de calidad. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial como miembros clave del equipo interdisciplinario de salud, proporcionando soporte indispensable a los profesionales sanitarios y colaborando activamente en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

El presente trabajo tiene como objetivo profundizar en la relevancia y el papel de los TCAE en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como en el impacto que su participación tiene en la eficacia y seguridad de los tratamientos

médicos. Se explorarán las principales funciones y responsabilidades de estos profesionales durante la preparación, realización y seguimiento de los procedimientos, destacando su contribución en la obtención de datos clínicos precisos y en la garantía del bienestar del paciente.

Además, se abordarán las habilidades y conocimientos específicos que los TCAE deben poseer para llevar a cabo estas tareas con excelencia, haciendo hincapié en la importancia de la formación continua y el desarrollo profesional para mantenerse actualizados en las últimas técnicas y avances médicos.

El trabajo también examinará los desafíos y aspectos éticos que pueden surgir en el ejercicio de esta labor, así como las estrategias para enfrentarlos de manera efectiva y respetuosa, siempre en beneficio del paciente y en concordancia con los principios fundamentales de la ética sanitaria.

En síntesis, esta investigación busca resaltar la valiosa contribución de los TCAE en la asistencia en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destacando su papel esencial en el cuidado y bienestar de los pacientes. Asimismo, pretende enfatizar la importancia de reconocer su labor y proporcionarles el apoyo necesario para que puedan desempeñar su función con eficacia y responsabilidad, elevando así la calidad de la atención médica en general.

2 Objetivos

1. Analizar el papel y las responsabilidades de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la asistencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
2. Evaluar la relevancia del conocimiento y habilidades específicas requeridas para la asistencia en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Examinar los desafíos éticos y estrategias para una asistencia efectiva en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de la revisión bibliográfica revelaron que los TCAE desempeñan un papel fundamental en la asistencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en diversas áreas de la atención médica. Sus funciones incluyen la preparación de equipos y materiales, el apoyo al paciente durante el procedimiento y la recolección de datos clínicos relevantes, lo que contribuye a una atención más integral.

Las entrevistas con TCAE destacaron la importancia de su formación específica para llevar a cabo estos procedimientos de manera segura y efectiva. La capacitación en técnicas de asepsia, manejo de dispositivos médicos y comunicación con el paciente fue mencionada como esencial para su desempeño en el equipo de salud.

Las encuestas aplicadas a profesionales de la salud resaltaron la percepción positiva hacia el papel de los TCAE en la asistencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se valoró su capacidad para aliviar la carga de trabajo del personal sanitario, permitiéndoles enfocarse en tareas más especializadas y complejas.

La observación participante reveló que los TCAE mostraron una actitud proactiva y colaborativa durante los procedimientos, brindando un soporte emocional al paciente y siguiendo rigurosamente los protocolos establecidos.

El análisis de datos evidenció la existencia de desafíos éticos en situaciones como la confidencialidad de la información del paciente y el respeto a la autonomía del mismo. Sin embargo, los TCAE demostraron sensibilidad ante estas cuestiones y buscaron la orientación adecuada en casos más complejos.

Los resultados de este trabajo resaltan la importancia de los TCAE en la asistencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destacando su contribución en la obtención de datos clínicos precisos y en la mejora de la eficacia de los tratamientos médicos. Se destaca la relevancia de su formación continua y el reconocimiento de su papel fundamental en el equipo de salud para brindar una atención de calidad y centrada en el paciente. Así mismo, se subraya la necesidad de seguir abordando los desafíos éticos y promover el respeto por la dignidad y la autonomía del paciente en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

La asistencia en procedimientos diagnósticos y terapéuticos desempeñada por los TCAE es un aspecto esencial de la atención médica que ha sido ampliamente reconocido por su valiosa contribución en el equipo de salud. A lo largo de este

trabajo, se ha explorado en profundidad el papel y las responsabilidades de los TCAE en este ámbito, así como la relevancia del conocimiento y habilidades específicas que poseen para llevar a cabo su labor. A través de la metodología aplicada, se han recopilado datos provenientes de diversas fuentes, permitiendo un enfoque holístico y riguroso en el análisis de este tema.

La revisión bibliográfica ha proporcionado una visión general de la importancia de los TCAE en la asistencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Su participación en la preparación del entorno, la asistencia directa al paciente y la recopilación de datos clínicos es esencial para lograr una atención integral y segura. Los estudios revisados también resaltaron que la formación continua es un factor clave para garantizar un desempeño óptimo y mantenerse actualizado con las últimas técnicas y avances médicos. Esto subraya la relevancia de proporcionar oportunidades de capacitación y desarrollo profesional a los TCAE, lo que se traducirá en una mejor atención al paciente y una mayor eficacia en los procedimientos.

Las entrevistas y encuestas realizadas arrojaron luces sobre la percepción del personal sanitario sobre el rol de los TCAE en la asistencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los resultados fueron abrumadoramente positivos, destacando su capacidad para aliviar la carga de trabajo del equipo médico y contribuir al flujo eficiente de los procedimientos. La habilidad de los TCAE para establecer una conexión cercana con los pacientes fue resaltada, lo que facilita la colaboración en el cumplimiento de las indicaciones y contribuye a un ambiente más acogedor durante los procedimientos.

La observación participante permitió una visión directa de la labor diaria de los TCAE en diferentes entornos clínicos. Se constató que estos profesionales desempeñan su función con diligencia y compromiso, asegurando el cumplimiento de los protocolos y normas de seguridad. La observación también evidenció su capacidad para adaptarse a situaciones cambiantes y mantener la calma en momentos de presión, lo que es esencial para brindar una atención de calidad.

En el análisis de los datos recopilados, se identificaron desafíos éticos, especialmente en relación con la confidencialidad de la información del paciente y el respeto a su autonomía. Sin embargo, los TCAE demostraron una actitud sensible y responsable ante estas cuestiones, buscando la orientación adecuada y respetando los principios éticos fundamentales en todo momento.

En conclusión, este trabajo ha destacado la relevancia y el papel esencial de los TCAE en la asistencia en procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Su contribución en la obtención de datos clínicos precisos y en la eficacia de los tratamientos médicos ha sido ampliamente reconocida por el personal sanitario.

La formación continua y el desarrollo profesional son elementos clave para garantizar que los TCAE sigan desempeñando su labor de manera efectiva y a la altura de las exigencias actuales en el campo de la salud.

Es importante destacar la necesidad de seguir fortaleciendo el reconocimiento y valoración del trabajo realizado por los TCAE, así como promover su participación activa en la toma de decisiones relacionadas con la atención al paciente. La colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud es esencial para brindar una atención integral y centrada en el paciente.

En el futuro, se recomienda realizar estudios más amplios y detallados que aborden aspectos específicos de la asistencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos por parte de los TCAE. Estos estudios podrían enfocarse en áreas de especialización, contextos clínicos particulares o abordar temas éticos y legales de manera más profunda.

En última instancia, se espera que los hallazgos de este trabajo contribuyan a la valoración y reconocimiento del importante papel que desempeñan los TCAE en la asistencia en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, fomentando una atención médica de calidad y centrada en el bienestar del paciente. La colaboración y coordinación efectiva entre todos los miembros del equipo de salud serán fundamentales para lograr este objetivo y garantizar una atención integral y humanizada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 215

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALZHEIMER

MARÍA MARCOS ESCUDERO

ELADIO ROJO FERNANDEZ

ALEJANDRO MATA ROMAY

M^a DEL ROCIO DIAZ FERNANDEZ

LUCIA DIAZ RIVERO

1 Introducción

El Alzheimer es la causa más frecuente de demencia. Es una enfermedad que genera un deterioro cognitivo importante, se caracteriza por la pérdida de memoria, alteraciones en el lenguaje, pérdida de sentido, de la orientación que suelen acompañarse por cambios en el comportamiento.

El principal factor de riesgo de que la enfermedad se manifieste es la edad, se calcula que el 10% de los mayores de 65 años y 1/3 de las personas con 85 años o más parecen alguna demencia.

Otros factores de riesgo son antecedentes familiares, lesiones cerebrales, enfermedades vasculares y un estilo de vida poco saludable.

Se estima que en el 2050 habrá 132 millones de personas diagnosticadas en el mundo.

La capacidad de la persona para ser autónomo y llevar a cabo las actividades de la vida diaria se van apagando, de modo que durante fases avanzadas necesitarán ayuda y cuidados la mayor parte del día que llega a ser permanente de familiares, cuidadores y personal sanitario.

El Alzheimer es una enfermedad que no tiene cura, pero se puede frenar si se detecta pronto para tomar las medidas necesarias para cuidarse y cuidar a los tuyos, así como acceder a recursos y apoyos disponibles.

Es muy importante cuidar nuestra salud mental.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste la enfermedad del Alzheimer y las funciones que realizan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería con estos pacientes.

3 Metodología

Para el desarrollo del trabajo se ha realizado una revisión bibliografía en base de datos como Google y Medline y búsquedas en revistas científicas de la enfermedad del Alzheimer, se han utilizado palabras clave como Alzheimer, demencias, cuidados Alzheimer, persona mayor.

4 Resultados

En el cuidado de los pacientes que sufren Alzheimer cada día puede ser un desafío, una batalla con la incertidumbre y la tristeza.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ofrecen un apoyo importante en dar cuidados para su tratamiento en diferentes ámbitos sanitarios, mejorando su calidad de vida y ayudando a su bienestar.

En resumen, algunos de esos cuidados son:

Comunicación efectiva: utilizar un lenguaje claro y sencillo, sin levantar el tono de voz, las caricias, una sonrisa, ellos lo perciben hasta el final de la enfermedad. Mantener un ambiente seguro: prevenir escapadas, utilizar el mobiliario adecuado para prevenir caídas, y trasladar en silla de ruedas si es necesario, tener una buena iluminación en las zonas de paso, incluso de noche.

Alimentación adecuada: organizar las horas de las comidas como una rutina, evitar riesgos en la mesa empleando solo los cubiertos necesarios, poner barberos para que no se manchen, controlar ingestas.

Fomentar la actividad física y mental: realizando actividades de cálculo, lectura de periódicos, revistas, ejercicios lingüísticos, juegos de mesa, manualidades, paseos al aire libre,

Mantener higiene personal: ayudarles en el baño, higiene bucal, cambio de ropa, intentando fomentar su autonomía y dar pautas sencillas si es necesario.

Administrar medicamentos según indicaciones médicas y llevar un registro.

Apoyo a las familias: dialogando y mostrando empatía, ya que también necesitan un apoyo importante.

La enfermedad atraviesa varias etapas, en las más avanzadas, incluso cuando ya no hablan, el trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es muy físico, los pacientes reaccionan poco, pueden presentar alteraciones vigilia-sueño y hay que trabajar con mucha paciencia y tranquilidad para que puedan vivir en paz y armonía, hay que aprender a disfrutarlos, ya que todo ese esfuerzo merece la pena.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad que no constituye una parte normal de envejecimiento. Los avances en la investigación están permitiendo comprender y mejorar la enfermedad y a desarrollar nuevas terapias.

Al día de hoy no existe tratamiento farmacológico a largo plazo, pero sí se puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes con ciertos cuidados.

Una cruel enfermedad degenerativa que con el paso del tiempo se convierte en terminal, que borra a quien la padece y agota a quienes cuidan. Pero siempre se puede ayudar y hacer que sonrían, es cuando todo ese esfuerzo constante habrá merecido la pena y tendrá su recompensa. Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial

6 Bibliografía

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

Capítulo 216

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS EN FARMACIA PARA PLANTA

CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ

MARI CARMEN LÓPEZ FERNÁNDEZ

MARÍA JOSÉ LANCHÁ HERRERA

JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS

YOLANDA RUIZ MORA

1 Introducción

La preparación de citostáticos en farmacia es un proceso crítico y altamente especializado que implica la manipulación y mezcla de medicamentos citotóxicos utilizados en el tratamiento del cáncer. Requiere precisión, medidas de seguridad y un entorno controlado para garantizar que los pacientes reciban las dosis correctas de estos medicamentos y que el personal de salud esté protegido contra riesgos asociados.

Estos fármacos tienen la capacidad de inhibir o detener el crecimiento de células cancerosas, pero también pueden ser tóxicos para las células normales si se manejan incorrectamente. Por lo tanto, la preparación de citostáticos se lleva a cabo en un entorno controlado y siguiendo procedimientos rigurosos.

Durante este proceso, los farmacéuticos y técnicos de farmacia deben calcular y medir con precisión las dosis requeridas, reconstituir polvos liofilizados, mezclar soluciones intravenosas y acondicionar los citostáticos en envases adecuados. También deben seguir estrictas medidas de seguridad, incluyendo el uso de equipo de protección personal, para minimizar la exposición a estos medicamentos peligrosos.

La preparación de citostáticos se realiza en áreas específicas de farmacia conocidas como "salas limpias" o "salas de citostáticos" que están diseñadas para prevenir la contaminación cruzada y proteger al personal de la exposición a aerosoles y partículas. Estas áreas cumplen con estándares rigurosos de calidad y seguridad.

2 Objetivos

- Exponer el cometido del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la preparación de pedido de medicamentos citostáticos en farmacia para planta.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel esencial en la preparación de citostáticos en farmacia, un área crítica en el tratamiento del cáncer. Su contribución es fundamental para garantizar que los pacientes reciban terapias oncológicas seguras y efectivas.

Aquí se describen las funciones clave de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la preparación de citostáticos en farmacia:

- Recepción y verificación de recetas: Los técnicos reciben recetas médicas para citostáticos y verifican que estén completas y correctas. Esto incluye asegurarse de que el nombre del paciente, la dosis y las instrucciones sean precisos.
- Preparación de citostáticos: Los citostáticos suelen estar disponibles en forma de polvos liofilizados o concentrados, que deben reconstituirse y diluirse adecuadamente. Los técnicos se encargan de seguir las instrucciones específicas de reconstitución y dilución, garantizando la precisión en la preparación.
- Cálculo de dosis: Realizan cálculos precisos para determinar la cantidad exacta de citostáticos que se necesita para cada paciente, teniendo en cuenta la superficie corporal y otros parámetros clínicos.
- Mezcla y esterilización: Los técnicos mezclan los citostáticos siguiendo las normas de asepsia y utilizando técnicas de esterilización adecuadas para garantizar la ausencia de contaminación.
- Etiquetado y empaque: Etiquetan minuciosamente los citostáticos preparados, incluyendo información crítica como el nombre del paciente, la dosis, la fecha de preparación y las instrucciones de manejo y almacenamiento. Luego, empaquetan los medicamentos de forma segura para su distribución.
- Registro y documentación: Mantienen registros detallados de todas las actividades relacionadas con la preparación de citostáticos, incluyendo la cantidad preparada, cualquier problema detectado y la entrega a las unidades de tratamiento.
- Cumplimiento de normativas: Los técnicos siguen estrictamente las normativas y protocolos de seguridad para la manipulación de citostáticos, lo que incluye el uso de equipos de protección personal adecuados y la gestión segura de desechos contaminados.
- Comunicación con el equipo de salud: Colaboran estrechamente con el personal farmacéutico y de enfermería para garantizar que la terapia con citostáticos se realice sin problemas y que se resuelvan posibles problemas o dudas.

La preparación de citostáticos es una tarea delicada y crucial en el tratamiento del cáncer, y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en la garantía de su seguridad y eficacia para los pacientes oncológicos. Su compromiso con la precisión, la esterilidad y el cumplimiento de normativas es esencial para brindar el mejor cuidado posible.

5 Discusión-Conclusión

Para un técnico en cuidados auxiliares de enfermería involucrado en la preparación de citostáticos en farmacia, la seguridad y la precisión son esenciales. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

Primero, la atención meticulosa a los detalles es fundamental, por lo que se debe verificar cuidadosamente cada receta, calcular las dosis con precisión y seguir rigurosamente las instrucciones de reconstitución y dilución. Un pequeño error en la preparación de citostáticos puede tener consecuencias graves para los pacientes.

En segundo lugar, siempre priorizar las normas de seguridad, usando el equipo de protección personal (EPP) adecuado, como guantes, batas y mascarillas, para protegerte a ti mismo y para prevenir la contaminación cruzada. También, es esencial trabajar en un área bien ventilada y libre de distracciones.

La comunicación efectiva con el equipo farmacéutico y de enfermería es clave. Si hay alguna duda o se detecta un problema durante la preparación, es prioritario consultar y buscar orientación. La colaboración y la transparencia son esenciales para garantizar un proceso seguro y eficiente.

La preparación de citostáticos es una tarea delicada y crucial en el tratamiento del cáncer. Mantener un enfoque meticuloso, priorizar la seguridad y comunicar cualquier inquietud para asegurar que los pacientes reciban terapias seguras y efectivas.

6 Bibliografía

1. Ortega, R. G., Gallardo, R., Gómez, M. E., Gonzalo, S. F., Zorro, N. L., & Sevillano, S. G. (2022). Funciones del TCAE ante el paciente con ictus en el servicio de urgencias y la unidad de ictus. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(9), 392.

Capítulo 217

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE CONFLICTIVO Y NERVIOSO

CORAL RAMÍREZ MORA

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

1 Introducción

Las diferentes expectativas que dos personas tienen ante una misma situación son una de las principales causas de los conflictos interpersonales. Esto puede suceder por diversas razones, incluyendo, por ejemplo: la diferente información que tienen sobre la situación, los procedimientos, sus experiencias previas, el papel que cada persona juega en la situación y sus intereses.

En consecuencia, si bien es cierto que los pacientes y familiares ya acuden a los centros sanitarios con expectativas muy específicas y frecuentemente "exigen" que se cumplan, también es cierto que frecuentemente tenemos nociones preconcebidas sobre cómo deben comportarse. Por lo tanto, habrá muchos desacuerdos debido al "choque" de nuestras diversas expectativas.

Inevitablemente surgirá un conflicto y, dependiendo de cómo lo percibamos y respondamos a él, tendrá efectos positivos o negativos en el futuro.

Los profesionales que carecen de las habilidades necesarias para el manejo de conflictos eventualmente adoptan comportamientos interpersonales defensivos y desagradables o, por el contrario, son pasivos y sumisos.

Nos referimos a la calidad de la atención que brindan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) hacia el paciente y no a la calidad de la atención que brinda el paciente o su familia, que es una distinción crucial a tener en cuenta en todo momento y sin la cual tendremos más conflictos o menos capacidad para prevenirlos y gestionarlos.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de hacer una correcta identificación y gestión de las situaciones conflictivas con usuarios/pacientes y familiares, en el seno de la institución sanitaria por parte del grupo profesional de los TCAE.

3 Metodología

Para la realización 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 la técnica de la alimentación oral, los TCAE podrán encontrarse con pacientes que serán autónomos y pacientes con un nivel de dependencia más o menos severo. Vamos a describir las funciones del TCAE en ambos casos:

- Al paciente autónomo se le proporcionará el material necesario para el lavado de manos y se le ayudará si lo precisara. Se revisará que la comida de la bandeja se corresponde con la dieta que se haya solicitado para el paciente. En caso de existir alguna alergia o intolerancia alimentaria, se verificará que la comida sea la correcta y se colocará la mesa con la bandeja a una distancia adecuada.
- Al paciente con diferentes grados de dependencia: Si son pacientes que requieren ayuda para comer se procederá de la siguiente manera: si son pacientes de edad

avanzada o muy jóvenes, o si tienen alteraciones neurológicas, debemos valorar su capacidad de masticación, deglución y nivel de fatiga.

Se debe decir al paciente lo que se va a hacer y pedir su colaboración.

El paciente deberá sentarse con la espalda recta, dentro de sus posibilidades. La cabeza deberá estar ligeramente inclinada hacia delante, en el momento de proceder a tragar. También se procurará que el paciente esté tranquilo y sosegado. En caso de utilizar prótesis dentales estas deberán estar correctamente ajustadas y colocadas, de lo contrario se retirarán para la comida.

En primer lugar, se hará el lavado de manos al paciente. Después se le preguntará en que orden desea comer los diferentes platos, si desea que los trozos se hagan más pequeños con el fin de que trague sin dificultad. Si hubiera que alimentarle a cucharadas, serán pequeñas cantidades, para evitar posibles atragantamientos. Se ofrecerá líquidos con frecuencia, y siempre que el paciente lo solicite.

Una vez finalizada la comida, debemos inspeccionar lo que se ha consumido antes de retirar la bandeja y colocarla, junto con la mesa, en el lugar adecuado. Luego proporcionamos los accesorios para el lavado de manos e higiene bucal, ofrecemos asistencia según sea necesario y finalmente colocamos al paciente en una posición cómoda y se le lavarán las manos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe tener paciencia para solucionar cualquier problema que se presente y modificar el tipo y la consistencia del alimento para adaptarlo a la capacidad de tragar del paciente.

Según las características del alimento, se pueden utilizar espesantes para mejorar la deglución si el alimento es líquido y el paciente tiene dificultades para tragar correctamente. El espesante debe agregarse gradualmente porque algunos alimentos espesan inmediatamente mientras que otros lo hacen al poco tiempo. Será más sencillo combinar el líquido con el espesante si está tibio.

Los alimentos sólidos serán en textura puré si el paciente degluta mal este tipo de alimentos. No se mezclarán texturas diferentes y se deberá estimular reflejos tales como frío-calor, amargos-ácidos. Es muy recomendable usar gelatinas.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-alimentacion>.

Capítulo 218

LOS COMETIDOS DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA FIGURA DEL RECIÉN NACIDO

CRISTINA CROITORU GROZA

RAQUEL GARCIA PICAZO

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

1 Introducción

Para garantizar el bienestar y el correcto desarrollo físico y emocional del recién nacido, la higiene y los cuidados básicos son fundamentales.

Limpiar, bañar, cambiar pañales, alimentar y prevenir enfermedades son solo algunos ejemplos de la atención que se brinda, uno de los principales encargados de realizar estas funciones es el auxiliar de enfermería (TCAE). El técnico auxiliar de enfermería es una persona capacitada y comprometida cuyo trabajo es garantizar que los recién nacidos reciban la atención adecuada.

Un profesional del ámbito sanitario, como el TCAE ayuda a las enfermeras y médicos en el tratamiento de pacientes, incluidos los bebés. Son responsables de

una variedad de tareas, incluida la preparación del entorno del recién nacido, la práctica de prácticas higiénicas, el seguimiento de la alimentación y la detección de posibles problemas de salud.

Además, al brindar a los padres y cuidadores conocimientos y orientación sobre las mejores prácticas de higiene y cuidado de los recién nacidos, el TCAE desempeña un papel fundamental en su educación y apoyo. Para hacer esto, se debe enseñar a los padres cómo bañar a su bebé de manera segura, cómo cambiarle el pañal correctamente, cómo cuidar el cordón umbilical y cuándo buscar atención médica si su hijo muestra síntomas de una enfermedad o complicaciones.

En resumen, el TCAE es un miembro vital del equipo de atención neonatal cuya responsabilidad es garantizar la seguridad, la salud y el bienestar de los recién nacidos mediante la implementación de procedimientos higiénicos y brindando la atención, el apoyo y la educación necesarios, tanto a los padres y como a los cuidadores.

2 Objetivos

Enumerar las funciones del TCAE respecto a la higiene y los cuidados esenciales del recién nacido dentro de los distintos 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

Con respecto al recién nacido, el TCAE tiene una amplia gama de funciones y responsabilidades, desde brindar atención directa al bebé hasta ayudar a los padres y otros cuidadores a medida que aprenden y se adaptan a la crianza del bebé. A continuación se detallan las funciones más importantes que desempeñan las TCAE en relación con la atención del recién nacido:

- Preparación del ambiente: El TCAE está obligado a garantizar que la ubicación del recién nacido sea en un ambiente limpio, seguro y adecuado para su cuidado.

Esto implica configurar la cuna, mantener la temperatura ideal, garantizar la iluminación ideal y monitorear el funcionamiento ideal del equipo médico.

- Higiene y cuidados básicos: La TCAE es la encargada de realizar las tareas básicas de higiene y cuidados del recién nacido, incluyendo baño, cambio de pañales y cuidado del cordón umbilical. Además, es necesario seguir pautas de limpieza y esterilización para prevenir infecciones y otras complicaciones.
- Alimentación: El TCAE es responsable de supervisar y asistir en la alimentación del recién nacido, ya sea mediante lactancia materna, lactancia artificial o una combinación de las tres. Esto se hace para garantizar que el bebé obtenga los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. Además, se encarga de detectar posibles problemas con la alimentación y comunicárselos al personal médico.
- Monitoreo de signos vitales: Para asegurar la estabilidad del recién nacido e identificar cualquier anomalía que pueda ser necesaria, el TCAE debe verificar periódicamente los signos vitales del bebé, incluyendo frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
- Apoyo a nivel emocional: El TCAE debe ofrecer comodidad, seguridad y compañía a los padres y al bebé en momentos de estrés o incertidumbre.
- Estimulación temprana: Las TCAE pueden ayudar con la implementación de técnicas de estimulación temprana, que apoyen el crecimiento cognitivo, motor y emocional del recién nacido.
- Educación y apoyo de los padres: el TCAE es crucial para educar y orientar a los padres y otros cuidadores sobre cómo brindar a sus bebés el mejor cuidado posible. Parte de esto es información sobre el aseo adecuado, la dieta, el sueño, las vacunas y la prevención de accidentes.
- Coordinación y comunicación: Las TCAE deberán mantener informado al personal médico sobre cualquier situación o cambio en el estado del recién nacido que requiera ser atendido. La planificación y ejecución de la atención integral del recién nacido requiere la cooperación con otros profesionales médicos, incluidos enfermeras, médicos y especialistas.
- Participación en el alta hospitalaria: Las TCAE deben colaborar en la preparación del recién nacido y su familia para el alta hospitalaria, asegurándose de que los padres estén capacitados y tengan los conocimientos necesarios para cuidar al bebé en casa. Esto incluye información de contacto para emergencias, información sobre dosis recetadas y citas médicas futuras.
- Atención de seguimiento después del alta: El TCAE puede ser miembro del equipo que realiza visitas domiciliarias o consultas ambulatorias para evaluar el estado del recién nacido. salud y su adaptación al hogar. El TCAE puede de-

tectar cualquier necesidad o problema potencial durante estas visitas, así como brindar asesoramiento y apoyo a la familia.

- Las TCAE están obligadas a promover conductas saludables en la atención del recién nacido, incluyendo la vacunación, la lactancia materna y la prevención de accidentes domésticos, entre otras. Además, debe estar atento a las señales y síntomas de advertencia de enfermedades comunes que afectan a los recién nacidos, como ictericia, infecciones y problemas respiratorios, para poder tomar medidas correctivas inmediatas.

- Actualización y capacitación continua: Los TCAE deben mantenerse actualizados sobre los hallazgos, métodos y protocolos más recientes relacionados con la atención neonatal. Para ello, deberán asistir a conferencias, talleres y sesiones de formación que les ayudarán a avanzar en su experiencia en el área.

5 Discusión-Conclusión

La labor de los TCAE en la atención al recién nacido es de suma importancia ya que contribuye significativamente a la salud y bienestar de los bebés en sus primeras semanas de vida. Estos profesionales promueven una atención exhaustiva y de alta calidad al desempeñar sus funciones y responsabilidades de manera eficaz y comprometida. Esto tiene un efecto positivo tanto en la vida de los recién nacidos como en la de sus familias.

El TCAE desempeña una variedad de funciones, desde brindar atención directa al bebé hasta educar y ayudar a los padres y otros cuidadores y, por lo tanto, desempeña un papel crucial en la crianza y el bienestar general del recién nacido. Su trabajo es crucial para garantizar que los recién nacidos reciban la atención adecuada e individualizada que necesitan para un crecimiento y desarrollo óptimos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/actuacion-tcae-neonatologia/>.

Capítulo 219

LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS DEFICIT DE ALIMENTACIÓN INFANTILES

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

CRISTINA CROITORU GROZA

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

RAQUEL GARCIA PICAZO

1 Introducción

Actualmente, los trastornos alimentarios en niños y adolescentes van en aumento. Entre otras, la anorexia y la bulimia son patologías típicas de esta última. Concentran sus sentimientos y experiencias en la pérdida de peso y, por supuesto, en la imagen idealizada de la adolescencia porque estos adolescentes están obsesionados con su cuerpo.

La desnutrición infantil puede ocurrir en niños pequeños debido a una mala nutrición o una deficiencia. La ingesta inadecuada de nutrientes, como proteínas, vitaminas, minerales, carbohidratos o lípidos, puede provocar un aumento de enfermedades en los niños. Se podría creer que la desnutrición es un desafío en los

países desarrollados. Sin embargo, la desnutrición es mucho más frecuente de lo que cabría esperar. A veces se descubre que los niños tienen una nutrición diaria deficiente y poco apoyo familiar, lo que dificulta la búsqueda de soluciones para ayudar a estos niños con deficiencias nutricionales.

Los problemas dentales físicos como las caries, la enfermedad celíaca (que significa intolerancia al gluten), la diabetes infantil o las alergias alimentarias son la raíz de aún más trastornos alimentarios en los niños. Un pediatra debe examinar cada uno de ellos, hacer un diagnóstico y recomendar el tratamiento adecuado. Para ello se realizará una investigación genética y, por supuesto, los análisis necesarios.

2 Objetivos

- Enumerar los tipos de déficits nutricionales que puede identificar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en un niño.
- Conocer los diferentes síntomas que pueden mostrar que el niño sufre de un déficit nutricional.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican qué tipo de conocimientos puede tener el TCAE sobre la nutrición del niño.

Palabras clave desnutrición, vitaminas, cuidados, formación.

4 Resultados

De acuerdo con la etapa de edad del niño, las TCAE deben conocer las enfermedades más comunes. Los tipos de alimentación pueden variar según las edades de los niños.

La TCAE es consciente de que los niños pequeños, incluidos los bebés, pueden oponerse a los alimentos por diversos motivos, como la dentición. Para encontrar enfermedades, fiebres, infecciones respiratorias u otro tipo de problemas o molestias, debemos monitorearlo constantemente. Ser notado por los padres u otros cuidadores principales es otra señal que podría causar desnutrición involuntaria en un niño. Un niño puede persistir en comportarse mal para llamar la

atención de sus padres si se niega a comer y es coaccionado, golpeado o incluso maltratado psicológicamente.

Uno de los trastornos alimentarios más prevalentes en los niños es la obesidad, que los TCAE deben reconocer.

La caries dental es un signo de TCAE que puede ayudar a los médicos a determinar si un niño está desnutrido nutricionalmente. Una dieta rica en azúcares simples y carbohidratos puede ser la culpable de este cambio en los dientes. La ingesta del niño dependerá del día y de lo que puedan conseguir sus padres porque puede que no haya suficientes recursos económicos en la familia.

Los TCAE deben ser conscientes de los posibles efectos de las dietas ricas en grasas saturadas e hidrogenadas sobre la memoria y el aprendizaje. Por lo tanto, en el momento en que notes un déficit nutricional en un niño, debes tomar la acción –o acciones- adecuadas para poder abordar ese déficit a nivel social y económico.

No hace falta decir que será un desafío cambiar el estilo de vida en el futuro si no se practica una dieta saludable desde una edad temprana. Por este motivo, debemos enseñar a los niños los hábitos alimentarios adecuados a adoptar para mantener una dieta equilibrada desde una edad temprana, y se debe realizar actividad física todos los días, ya que todas estas cosas promueven un desarrollo saludable, entrenamiento y una salud física y mental óptima.

5 Discusión-Conclusión

Según las observaciones, cada niño puede tener una dieta saludable o una deficiencia nutricional de moderada a grave.

El TCAE puede ser muy útil para identificar cualquier síntoma o signo en un niño que pueda estar experimentando un déficit nutricional y pueda tomar medidas rápidas.

En los años posteriores al déficit nutricional, el niño desarrollará caries e incluso deterioro cognitivo debido a la disminución de la ingesta de vitaminas, proteínas o una dieta equilibrada.

Cualquier rasgo que sugiera que un niño está en riesgo de desnutrición o problemas sociales tanto a nivel social como familiar será comunicado tan pronto como sea descubierto por el TCAE.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/equipo-sanitario-alimentacion-infantil/>

Capítulo 220

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU LABOR CON LOS PACIENTES EN URGENCIAS.

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

RAQUEL GARCIA PICAZO

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

CRISTINA CROITORU GROZA

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

1 Introducción

Una afección grave, repentina o continua puede ser la razón por la que un paciente visite el servicio de urgencias. Recibirá atención de emergencia en la sala de emergencias en un período de tiempo razonable, según el tipo de emergencia o situación que ponga en peligro su vida.

La definición de urgencia puede ser la que se refiere a la cualidad de urgencia (que urge, apremia o requiere pronta atención). Una situación que requiere atención inmediata se considera una emergencia.

La sala de emergencias generalmente se encuentra en el primer piso del hospital, donde los pacientes pueden beneficiarse de un fácil acceso a pie, en automóvil o

en ambulancia. Dado que su finalidad es tratar al paciente desde el momento de su ingreso en un centro hospitalario, es un servicio único. En la sala de emergencias, los pacientes ocasionalmente son estabilizados para ser trasladados a unidades de hospitalización u otros servicios especializados como unidades de cuidados intensivos (UCI).

Uno de los profesionales que trabaja en este servicio es el técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE), quien frecuentemente brinda cuidados tomando el lugar del paciente incluso cuando este actúa de forma independiente, vistiéndolo y ayudándolo a sentarse o acostarse. Como resultado, ocupa una posición crucial dentro del equipo de emergencia multidisciplinario del hospital.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer diferentes actuaciones o cuidados que debe llevar a cabo el TCAE en un servicio de urgencias para disminuir el estrés 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Será un factor importante a tener en cuenta, que el TCAE sea consciente de los síntomas o signos que pueden provocar un estado de estrés en cualquier escenario del paciente, sobre todo ante una situación de urgencia médica.

Dependiendo del servicio de triaje previo realizado por el personal de enfermería, los TCAE podrán conocer de antemano si la patología del paciente es grave o no cuando lo reciban en el servicio de urgencias. Esto indica que el Tcae conoce el tiempo de espera estimado para que este paciente sea atendido o se le permita salir.

Cuando un paciente tiene una enfermedad mental, el personal de la sala de emergencias recibe una alerta de inmediato para evitar confrontaciones inesperadas.

También se contacta de inmediato con la unidad de psiquiatría para garantizar una evaluación rápida y eficiente.

El deterioro cognitivo o demencia de la persona, que provoca la desorientación frecuente y, por supuesto, el estrés que experimentará el paciente por estar alejado del entorno, el hogar y la familia, es otra fuente de estrés para este paciente. El TCAE le hablará delante de él de forma tranquila y lenta para que pueda entender lo que dice.

Para que el paciente se sienta tranquilo y a gusto dentro del hospital, adaptar esta nueva situación a un entorno lo más familiar posible.

El TCAE también encontrará en este servicio pacientes ansiosos y estresados debido a los largos tiempos de espera y que desean confrontar al personal en un esfuerzo porque su atención patológica se maneje de manera más rápida y efectiva. En estas situaciones, el personal médico hablará con calma y claridad, explicando que el servicio de urgencias determinará la gravedad de la patología por la que ha llegado.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado que el servicio especial de urgencias de los centros sanitarios puede, por diversas razones, poner a los pacientes en situaciones un tanto estresantes. Siempre que no corran peligro de ser sometidos a violencia física o verbal, el TCAE es uno de los expertos del equipo multidisciplinar encargado de calmar a estos pacientes.

Dado que en los servicios de emergencia se prioriza el riesgo de vida, los tiempos de espera para otras patologías pueden ser mayores porque la vida de nadie corre peligro. Al igual que los demás pacientes, usted puede esperar recibir la atención y el cuidado adecuados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 221

PACIENTES QUE REQUIEREN MARCAPASOS Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

1 Introducción

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.

Arritmia irregular: el corazón late de manera caótica, ya sea rápido o lento. La atención de pacientes con marcapasos permanente incluye un enfoque multidisciplinario de atención individualizada entre el equipo de atención primaria y la atención especializada para llegar a un plan de atención integral que se adapte a las necesidades del paciente y se requiere evaluación. Los estudios analizados hasta el momento reflejan la presencia de enfermeras durante todo el proceso:

antes del diagnóstico, durante la cirugía, al alta y postratamiento hasta el final del día, y estas personas son las encargadas de brindar cuidados, garantizar una calidad de vida óptima y una rápida recuperación a través de adecuada adaptación mientras obligas a tu equipo a seguir entrenando.

Por lo tanto, el enfermero como facilitador del cuidado holístico y promotor del cuidado integral es fundamental en el cuidado de los pacientes en etapa de transición y terminal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.

Objetivos secundarios:

- Saber cuando acudir al equipo sanitario para resolver dudas.
- Observar qué cuidados estrictos se deben llevar a cabo en el postoperatorio.
- Analizar las ventajas de los avances en los marcapasos.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en castellano de libros como Revista de Medicina Intensiva, Sociedad Española de Cardiología y Revista de Medicina Clínica de Scielo; y entre las principales Bases de Datos como Cuiden, Medline, Dialnet y Teseo.

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. Pregunta todas tus dudas.
- 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. (Radiografía, análisis, electrocardiograma (ECG), etc.) y funcionamiento normal del eventual marcapasos implantado.

- Garantizar la máxima esterilidad durante el procedimiento mediante la preparación de las zonas íntimas. Rasurar la zona genital (si es necesario), lavar las zonas íntimas con jabón antiséptico y secar con gasa esterilizada. Luego aplicar una solución antiséptica y cubrir con una toalla estéril. Preparar la mesa de operaciones con la ayuda de un auxiliar de enfermería. Además, se consideran desfibriladores, analizadores de umbral de parada de vehículos, fluoroscopia, electrocardiogramas y osciloscopios si es necesario. - 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. Vigilar el nivel de conciencia siempre que la intervención se realice bajo anestesia local.
- Controlar completamente el electrocardiograma (ECG) de su paciente: vea si está en ritmo sinusal, presencia de PVC, cambios de ritmo y más. - Realice un seguimiento de los cambios del paciente informando a los reanimadores y registrando la atención según sea necesario.

Tomar los medicamentos de acuerdo con las instrucciones de su médico. - 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 (atención que ocurre después de salir del quirófano y hasta las siguientes 24 horas) y atención tardía (atención que ocurre después de que el paciente ha sido dejado).

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

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 profesión médica se vio dotada así, con una ayuda técnica que ha llegado a ser una de las más útiles de nuestro tiempo. Para llevar a cabo una acción terapéutica y un cambio beneficioso en su estado de salud, es necesario ayudar a las personas con marcapasos y/o familiares/cuidadores, proporcionándoles conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes necesarias de forma individualizada, con la ayuda del personal sanitario, fundamentalmente la enfermería.

Los estudios analizados llegan a la conclusión de que la actuación de enfermería en este ámbito se ha vuelto indispensable en todas sus fases, desde que se le diagnostica la alteración en el ritmo cardíaco, hasta que pasa por el quirófano y permanece hospitalizado, o incluso una vez que le dan el alta y de forma crónica durante años, para ayudarle a afrontar su vida diaria y resolver todas sus dudas que estén a nuestro alcance, así como proporcionar los autocuidados adecuados, es decir, conseguir una recuperación rápida y adaptación adecuada y la máxima calidad de vida. Esto exige a la enfermera una formación continua en el tema

para cumplir dichas expectativas y proporcionar una educación sanitaria óptima tanto al paciente como a sus familiares.

Nuestra labor principal como enfermeras únicamente no engloba el revisar la infección mediante cura aséptica o la retirada de grapas, sino que va más allá, englobando al paciente como un ser biopsicosocial, al cual deberemos resolver sus miedos y dudas ayudándole a transmitírnoslos y mostrándole nuestra ayuda, ya que el miedo a depender de un dispositivo artificial que en cualquier momento puede fallar o agotarse la batería, si no resolvemos esos problemas, pueden hacer que desarrollen otro tipo de síntomas o patologías. Por ello, una actitud comprensiva y tranquilizadora puede facilitarles la reinserción a su vida habitual.

Debemos asegurarnos de que la persona portadora de marcapasos lleve consigo siempre la tarjeta identificativa.

El seguimiento de este tipo de pacientes debe ser regular y de por vida, por parte de los médicos intensivistas en unidades específicas. Además, es fundamental que las personas que llevan consigo un marcapasos implantado, comprendan que se trata de una enfermedad crónica cuyo tratamiento adecuado es esa implantación con la que deben aprender a convivir. A pesar de ello, el equipo de atención primaria, formado por médico y enfermera, debe conocer datos mínimos sobre este tipo de pacientes y marcapasos, para cualquier posible incidencia relacionada o, incluso, tener la facilidad de ponerse en contacto con Medicina Intensiva. Nuestro objetivo debe ser maximizar todo lo posible la longevidad del generador sin arriesgar el bienestar del paciente, así como programar las revisiones acordes como el recambio, cuando precise.

La educación sanitaria en un paciente al que se le va a y/o acaba de implantar un marcapasos es primordial, para conseguir un autocuidado lo más eficiente posible y llevar una vida normal tras ello y así, poder desarrollar las actividades que venía realizando en su vida cotidiana. Los objetivos en esta etapa son mejorar la calidad de los cuidados antes, durante y después de la implantación, consiguiendo que el paciente esté lo más tranquilo posible sabiendo al proceso al que va a ser sometido. Pero debemos tener en cuenta que hay ciertas situaciones en las que se deben tomar precauciones para evitar una falla en este aparato.

6 Bibliografía

1. Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2022 junio 30]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientosyterapias/bradicardia/vivir-con.html>

Capítulo 222

FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE AMBULATORIO Y EL PACIENTE HOSPITALIZADO

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

1 Introducción

Antes de proceder a desarrollar las funciones de los celadores en el servicio de hemodiálisis es necesario explicar una serie de conceptos relacionados con la diálisis, con los cuales deben estar familiarizados para comprender las funciones realizadas en este servicio.

Una de las principales funciones de los riñones es limpiar la sangre, mientras que otra función es producir unas hormonas cuya finalidad es mantener la sangre sana y los huesos fuertes.

¿Qué pasa cuando los riñones dejan de funcionar? Al dejar de funcionar los riñones la sangre no se limpia, por lo que el paciente necesitará un trasplante de riñón. Sin embargo, hasta que se produce dicho trasplante el paciente necesitará un tratamiento conocido como diálisis, para realizar el trabajo elaborado anteriormente por los riñones cuando se encontraban sanos.

Existen dos tipos de diálisis, por un lado, la diálisis peritoneal y por otro lado, la hemodiálisis.

- Diálisis peritoneal. En este tipo de diálisis se emplea la membrana peritoneal para filtrar la sangre.
- Hemodiálisis. En este tipo de diálisis se emplea una máquina, en ocasiones llamada como riñón artificial, la cual se encarga de limpiar la sangre con la retirada del exceso de sal y agua.

Los pacientes que reciben diálisis acuden al centro hospitalario durante dos o tres días a la semana.

2 Objetivos

- Conocer conceptos básicos relacionados con la hemodiálisis.
- Detallar las diferencias entre la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.
- Enumerar las funciones de los celadores con los pacientes que sufren enfermedades renales.

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 que reciben diálisis deben acudir al centro hospitalario dos o tres veces por semana, teniendo en cuenta las pautas marcadas por los médicos especialistas en enfermedades renales. Por lo que el servicio de diálisis se encuentra abierto de lunes a sábado, estableciendo dos turnos de tratamiento, el de la mañana y la tarde, puesto que hay una gran variedad de pacientes que no le funcionan bien los riñones y requieren de tratamiento de diálisis.

La duración del tratamiento dependerá de las necesidades de cada paciente, pero puede oscilar entre las dos horas y las cuatro o cuatro horas y media.

El equipo profesional que interviene en este proceso sanitario se divide en turnos rotatorios durante 6 días a la semana en turnos de mañana y tarde, mientras que el

número de personas por categoría profesional depende del número de pacientes. El celador formará parte de este equipo humano y profesional, para lo cual realizará las siguientes funciones en el servicio:

Actuación con el paciente ambulante.

- En primer lugar, se encargará de pesar a los pacientes. Antes de subir a los pacientes en la báscula, se le retirará los objetos personales, así como la ropa que no vaya a utilizar durante la sesión.
- Una vez pesados, los trasladará a su cama establecida y ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a acostar al paciente y retirarle la ropa y el calzado, vistiendo al paciente con la uniformidad del centro hospitalario para que se encuentren más cómodos.

Actuación con el paciente hospitalizado.

- En primer lugar, se encargará de subir a la planta en la cual el paciente se encuentra encamado y bajarlo en silla de ruedas, siempre que el paciente pueda ser trasladado mediante este medio de transporte. Si por características o condiciones clínicas del paciente no puede acudir al servicio de diálisis en silla de ruedas, se comunicará al servicio antes de proceder a su traslado en cama, para que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería preparen una cama adaptada a estos pacientes.
- En segundo lugar, se debe pesar a los pacientes. Al igual que ocurre con los pacientes ambulatorios, antes de subir a los pacientes en la báscula, se le retirará los objetos personales. Los pacientes que bajen en cama serán traspasados a la cama del servicio puesto que dispone de un sistema que pesa al paciente en la cama.
- Una vez pesados, los trasladará a su cama establecida y ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a acostar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en el servicio de hemodiálisis. Funciones del celador con el paciente ambulatorio y el paciente hospitalizado” nos demuestra que la principal función del celador en el servicio de diálisis con el paciente es pesarlo antes y después del tratamiento y posicionarlo cómodamente en su cama asignada en el servicio.

Es importante recordar que son pacientes que reciben el mismo tratamiento durante dos o tres días a la semana, por lo que son pacientes habituales en el servicio y que van pasando por temporadas en las que se encuentran mejor y otras

en las que están más débiles, es por ello por lo que los celadores deberán mantener una actitud motivadora con estos pacientes para ayudarles a sobrellevar la enfermedad de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/dialysis.html>.
3. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 223

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ANCIANO CON DEPRESIÓN

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

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 224

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

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 225

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

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 226

EL CELADOR. COMO ACTUAR ANTE LOS FAMILIARES Y LOS PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

JAVIER CRESPO NAVARRO

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

SARA JUAN GARCIA

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

1 Introducción

La familia, son de gran ayuda y apoyo en el proceso de recuperación de una enfermedad, por ello debemos otorgarles el lugar que les corresponde. Los pacientes tienen la máxima fe en ellos. Será extremadamente beneficioso para ambas partes si las involucramos y las tratamos como aliados.

La calidad de la atención al paciente hospitalizado depende no sólo del uso de habilidades técnicas, sino también de las habilidades interpersonales y de comunicación. Una persona enferma se vuelve frágil y vulnerable debido a las limitaciones tanto físicas como mentales provocadas por su dolor y sufrimiento, que cambian su forma de pensar y razonar, reduciendo su historia de vida integrada a un solo incidente, a un número de cama o a una historia clínica. Se vuelve cosificado, por expresarlo de una manera simple. El primer paso para humanizar la atención es aprender los nombres de los pacientes y utilizarlos.

Al incluir el nombre del paciente damos más significado a cualquier pregunta o dato y lo humanizamos.

Cuando un paciente y su familia llegan a un hospital, el celador suele ser la primera persona con la que hablan, y aquí es donde se formarán una impresión positiva o negativa de las instalaciones dependiendo de la acogida recibida. El celador es el responsable de asesorar al usuario e informarle de los servicios a los que puede acceder, así como de las condiciones que debe cumplir para poder utilizarlos.

2 Objetivos

- Explicar las actitudes recomendables del celador ante los pacientes y familiares en el ámbito hospitalario.
- Conocer la forma adecuada de transmitir la información al paciente y su familiar.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador debe mostrar cordialidad y un interés genuino en las necesidades del paciente y sus familias. Mantener en todo momento una actitud tranquila y de aceptación, empatizar con las necesidades del paciente y las de su familia, priorizar sus demandas y priorizar sus preocupaciones es fundamental. También se debe utilizar constantemente la escucha activa hablando de una manera que sea a la vez relajada y amigable. Es fundamental utilizar el nombre del paciente y, si es posible, los nombres de sus familiares. En el hospital es importante explicar los procedimientos que se seguirán y nunca impedirles hacer preguntas.

El celador es responsable de informar y orientar a los familiares del paciente sobre la ubicación de los servicios y unidades, así como las condiciones que deben cumplir para su uso. Esta información también debe incluir información sobre horarios de consulta, visitas, transporte, tiempos de espera y traslados.

La empatía es el acto de ponerse en el lugar del usuario para comprender sus sentimientos y preocupaciones.

Consideraremos los siguientes principios para mejorar la comunicación personal-usuario:

- Evitar interrupciones y mantener un ambiente privado y confidencial.
- Respetar las creencias y la diversidad cultural de los pacientes.
- Tratar a todos con respeto teniendo en cuenta sus características únicas.
- Se mostrará una atención cercana, humanizada y personalizada. Para que en caso de tener que hacer preguntas, el paciente se sienta cómodo. Se procurará un entorno agradable.
- Utilizar la cortesía y conversar con el paciente mirándolo apropiadamente a los ojos.
- Hablar con el usuario en igualdad de condiciones lingüísticas. Hacer que el usuario explique lo que ha entendido y las dudas para confirmar su comprensión.
- Procurar tener tiempo para escuchar al paciente. Cuanto menos tiempo tengas para escuchar y más prisa tengas, peor.
- La seguridad en uno mismo y la inteligencia emocional son esenciales para comprender las señales no verbales y facilitar la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

El celador deberá tener en cuenta las circunstancias personales y patológicas por las que atraviesa el paciente y sus familiares, ya que en la mayoría de los casos estarán agobiados por las circunstancias de un ingreso, cansancio por el tiempo de espera, el impacto psicológico de malas noticias con relación a la salud. Por estos motivos, entre otros, es por lo que deberá dirigirse a ellos siempre con respeto y empatía para crear una atmósfera de cordialidad entre todas las partes. Deberá poseer la capacidad de ponerse en su lugar, de empatizar. La actuación correcta del personal sanitario y no sanitario, como los celadores, conducirá a un resultado de alta satisfacción en todos los usuarios que necesiten ser atendidos en la sanidad.

6 Bibliografía

1. <https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en-unhospital>.

Capítulo 227

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

1 Introducción

Cada vez son más las personas que sufren de la enfermedad renal provocando que su sistema renal vaya a tener problemas en la filtración y eliminación de tóxicas propias de este sistema excretor.

Una insuficiencia renal se produce cuando los riñones ya no pueden hacer sus funciones, entre ellas filtrar adecuadamente las toxinas y poder eliminarlas para lograr que la sangre quede oxigenada y los órganos reciban el oxígeno que precisan para realizar el intercambio celular.

El paciente que se somete a la diálisis sabe que será por un tiempo, pero pese a todo son personas que pasan muchas horas en los centros sanitarios por lo que cuando vayamos a comunicarle a un paciente que tiene que ser dializado tenemos que tener empatía y ponernos en el lugar del enfermo, ya que tiene que ser muy difícil vivir esta situación, cambiándole al enfermo sus rutinas diarias de la noche a la mañana. Teniendo en cuenta y explicándole conceptos como; fístula, unidad de diálisis en el hospital, aparatajes, y otras patologías asociadas al sistema nefrouinario.

En los últimos años, han surgido nuevas técnicas para sustituir las funciones del riñón entre las que se encuentran:

La ultrafiltración.
La hemofiltración.
La hemodiafiltración.
La hemoperfusión.

2 Objetivos

Conocer y describir el concepto de enfermedad renal y sus consecuencias y el papel del TCAE ante estos pacientes en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, así como una revisión de los protocolos de actuación de diferentes centros sanitarios. Identificando el protocolo de actuación más aceptado y actualizado.

Se han utilizado como palabras claves en la búsqueda: técnico de enfermería, patología de riñón, nefrología, diálisis y hemofiltración.

4 Resultados

El objetivo de dializar a un paciente es mejorar su calidad de vida, creando un acceso, normalmente en el antebrazo conocido con el nombre fístula, para eso habrá que pasar por quirófano y el cirujano juntará una arteria con una vena para formar un vaso sanguíneo más grande de alto flujo y así la hemodiálisis eliminará los desechos y toxinas filtrando la sangre por medio de un riñón artificial que recibe el nombre de dializador.

Esto se suele realizar tres veces por semana en días alternos, durando la sesión aproximadamente de tres a cuatro horas, también se puede realizar en casa, pero la mayoría de estos pacientes van a un centro de diálisis o un hospital.

La atención integral al paciente renal es labor del equipo multidisciplinar como el equipo de enfermería entre el que también se encuentra el papel del técnico en cuidados de enfermería que se ocupa de:

Los cuidados básicos del paciente a lo largo de todo el proceso guiando y apoyando a la persona teniendo en cuenta todos los aspectos bio-psico-sociales.

Contribuir a su estabilidad emocional creando un ambiente familiar, de seguridad y confianza para él, porque la estabilidad es muy importante en la evolución de su enfermedad e intentar realizar su trabajo en cuanto a la atención del paciente lo mejor que se pueda.

Las funciones de este personal técnico en las unidades de diálisis son las siguientes:

Mantener el área del paciente y las salas de la unidad.

Preparar el material de conexión que se precisa para proceder a la técnica (paños, jeringuilla agujas variadas, glucómetro etc.).

Recibir al paciente para que se encuentre cómodo.

Comprobar que la máquina se encuentra en perfecto estado para su uso.

Verificar que el paciente está en condiciones óptimas para iniciar la sesión.

Comunicar cualquier anomalía en el paciente al superior inmediato.

Comprobar las constantes vitales.

Pesar al paciente antes y al final de la sesión para verificar el cambio de peso y el líquido extraído.

Realizar el test de ácido peracético al conectar al paciente.

Anotar la ingesta y diuresis (en caso de que tenga) durante la sesión.

Apoyar a la enfermera en todo el procedimiento.

Desmontar y desinfectar las máquinas de la diálisis una vez terminada la sesión y prepararla para el siguiente paciente.

Preparar el material para llevar al servicio de esterilización.

Existen factores que van a disminuir la calidad de vida de los pacientes con la pérdida de la autonomía, problemas emocionales, edad avanzada entre otros. El acceso vascular va a tener una gran importancia por lo que debe cuidarse y enseñar a cuidarlo, ya que a través de él se va a realizar la dialización.

5 Discusión-Conclusión

La hemodiálisis mantiene vida y alivia síntomas, pero también puede complicarse por eso en estos servicios hay que realizar ciertos controles rutinarios. También hay que tener una gran atención con el paciente y sus acompañantes, ya que para ellos todo esto es nuevo y muchos de ellos todavía no han asumido la situación en la que se encuentran.

Por otro lado, el paciente debe ser consciente de que el estilo de vida que siga, sus hábitos higiénicos y alimenticios van a ser determinantes en el desarrollo de su enfermedad renal y que de ello va a depender su futuro, siendo necesario para esto la colaboración mutua entre paciente y equipo multidisciplinar en el que el

técnico en cuidados de enfermería es un apoyo para el mismo y debe fomentar los hábitos adecuados.

6 Bibliografía

<http://enciclopediasalud.com>

<http://arteriasyvenas.org>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistematica-sobre-dialisis-peritoneal> [https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-del-tcae-con-](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-del-tcae-con-el-paciente-renal/)

[el-paciente-renal/ https://revistamedica.com/tcae-cuidados-paciente-dializado/](https://revistamedica.com/tcae-cuidados-paciente-dializado/)
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 228

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN REANIMACIÓN

MERCEDES MADRID MONREAL

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

LUCIA RAMOS ADEVA

1 Introducción

La unidad de reanimación o REA, es el servicio de cuidados especializados para pacientes intervenidos quirúrgicamente, donde se supervisarán cualquier complicación que pueda surgir.

Es un espacio médico especialmente equipado y diseñado para atender a pacientes en situaciones críticas o de emergencia. En esta sala se brinda atención médica intensiva y se emplean equipos avanzados para estabilizar a pacientes que puedan estar experimentando un paro cardíaco, insuficiencia respiratoria u otras condiciones médicas que requieran cuidados inmediatos y especializados. El personal sanitario en esta área está altamente capacitado para responder a situaciones de vida o muerte.

Es una unidad del hospital cuya función es atender las necesidades de los pacientes y familiares. Su principal objetivo es aminorar dificultades que puedan surgir tras una operación o politraumatismo.

Suelen estar equipadas con monitores cardíacos, ventiladores mecánicos, desfibriladores, equipos de soporte vital y medicamentos de emergencia.

Entre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, las cuales mencionaremos más adelante, cabe destacar todas aquellas más cercanas al paciente.

Los cuidados que se ofrecen en esta unidad se realizan de forma coordinada con todo el equipo sanitario.

En el entorno de urgencias, el auxiliar de enfermería desempeña un papel crucial en su posición de apoyo a los demás profesionales.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de reanimación.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo, se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica que incluyó la búsqueda en numerosos libros y reconocidos artículos y revistas como RIdEC, Scielo, Redalyc y en manuales de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, además de la normativa legal vigente.

4 Resultados

La atención brindada a los pacientes será completa y abarca diferentes disciplinas médicas para garantizar un cuidado integral. El paciente tendrá una estancia de 24 a 48 horas, dependiendo de su evolución.

Son espacios que están diseñados para ser altamente controlados y estériles, lo que ayuda a minimizar el riesgo de infección y garantizar al paciente un ambiente seguro.

El equipo sanitario será el encargado de dar información a los familiares y el paciente podrá recibir visitas según horario establecido.

Existen diferentes escenarios, el primero es una recuperación favorable del paciente, de tal forma será dado el alta o pasará a planta, pero si el paciente empeora

será trasladado a la unidad de cuidados intensivos para recibir un seguimiento más exhaustivo.

En esta unidad el técnico en cuidados auxiliares de enfermería mantendrá al paciente monitorizado en todo momento para un mejor seguimiento y evaluación, identificar a tiempo cualquier anomalía es muy importante. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe avisar al equipo médico correspondiente y así poder actuar en equipo para solventar problemas.

La iluminación de la sala será considerada cuidadosamente y se tomarán medidas para evitar cualquier ruido no deseado con el fin de facilitar una recuperación más efectiva.

Entre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de reanimación cabe destacar las siguientes:

- Aseo del paciente encamado en colaboración con la enfermera y el celador
- Reponer y limpiar carro
- Asistir a la enfermería, a las curas
- Controlar y apuntar diuresis, informando a enfermería
- Reponer almacenes, controlar lencería
- Atender e informar de los horarios a los familiares
- Supervisar los drenajes, ayudar con los sondajes, preparar equipos, limpiar instrumental, repone...
- Revisar los huecos después de un alta

5 Discusión-Conclusión

Para concluir es necesario recalcar que la sala de reanimación es una unidad de corta estancia, de aquí el paciente pasará a planta o a su domicilio dependiendo de evolución, si empeoran se les trasladará a la unidad de cuidados intensivos donde recibirá una atención más especializada.

En esta unidad el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el profesional que tiene más contacto directo con el paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una importancia especial en el cuidado, bienestar y recuperación del paciente y ayuda al buen funcionamiento de reanimación, facilitando el trabajo a los demás profesionales y trabajando de forma coordinada con el resto del equipo.

6 Bibliografía

- Cea A, Martínez B, Gómez S, Gil R, Pulido A, Erro M. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de recuperación post anestesia. Revista sanitaria de investigación. Diciembre del 2022. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-unidad-de-recuperacion-post-anestesia/>
- VV.AA Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Editorial MAD. ISBN 9788414269886
- VV.AA Protocolos del auxiliar de enfermería. Editorial IC. IBS 9788483649411

Capítulo 229

REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DEL TUNEL CARPIANO

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano es una afección médica que afecta la mano y la muñeca debido a la compresión del nervio mediano, que atraviesa el llamado "túnel carpiano" en la muñeca. Este síndrome es común y suele causar síntomas como dolor, entumecimiento, hormigueo y debilidad en la mano y los dedos, especialmente en el pulgar, índice, medio y anular.

La causa principal del síndrome del túnel carpiano es la presión constante o el estrechamiento del túnel carpiano, que puede ser resultado de factores como la repetición de movimientos de la muñeca, traumatismos, inflamación o enfermedades como la artritis reumatoide. Las personas que realizan trabajos que in-

volucran movimientos repetitivos de la muñeca, como escribir en un teclado de computadora durante largos períodos, tienen un mayor riesgo de desarrollar esta afección.

Los síntomas suelen empeorar durante la noche y pueden afectar la calidad del sueño. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, los síntomas del paciente y, en algunos casos, pruebas de conducción nerviosa.

El tratamiento del síndrome del túnel carpiano puede incluir cambios en la actividad laboral, uso de férulas para mantener la muñeca en una posición neutral, terapia física, medicamentos para el dolor y, en casos graves o cuando otros tratamientos no son efectivos, cirugía para liberar la presión sobre el nervio.

La prevención se centra en mantener una postura adecuada de la muñeca durante actividades repetitivas y tomar descansos regulares. El manejo temprano y adecuado de esta afección es esencial para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

2 Objetivos

Mostrar las repercusiones para un TCAE con el síndrome del túnel carpiano.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Las repercusiones laborales para un técnico en cuidados auxiliares de enfermería que sufre del síndrome del túnel carpiano pueden ser significativas y variadas. El síndrome del túnel carpiano es una afección que afecta la mano y la muñeca, y dado que gran parte del trabajo de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería implica tareas manuales y el uso frecuente de las manos, esta afección puede impactar negativamente en su capacidad para desempeñar sus funciones

laborales. A continuación, se detallan algunas de las repercusiones laborales más comunes:

Dolor y molestias: El dolor y el malestar en la mano y la muñeca son síntomas típicos del síndrome del túnel carpiano. Estos síntomas pueden dificultar la realización de tareas que requieren fuerza o destreza manual, como mover pacientes, cambiar vendajes o administrar medicamentos.

Disminución de la destreza: La pérdida de destreza en las manos puede hacer que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sea menos eficiente en sus tareas diarias. Puede tener dificultades para manipular instrumentos médicos, realizar procedimientos de higiene personal en pacientes o realizar registros precisos.

Descansos frecuentes: Los pacientes con síndrome del túnel carpiano a menudo necesitan tomar descansos frecuentes para aliviar el dolor y la incomodidad. Esto puede interrumpir la continuidad de la atención y ralentizar el ritmo de trabajo en un entorno de atención médica, donde la eficiencia es esencial.

Limitaciones en las tareas asignadas: Dependiendo de la gravedad del síndrome del túnel carpiano, el técnico puede enfrentar limitaciones en las tareas que se le asignan. Esto puede requerir que se le asignen tareas menos demandantes o que se realicen ajustes en su horario laboral.

Ausentismo laboral: En casos graves, el síndrome del túnel carpiano puede llevar a ausencias laborales prolongadas debido a cirugías o tratamientos médicos. Esto puede afectar la capacidad del técnico para cumplir con sus responsabilidades laborales.

Cambios de carrera: En algunos casos, si el síndrome del túnel carpiano no responde bien al tratamiento o si las limitaciones son graves, el técnico puede considerar un cambio de carrera para evitar un mayor deterioro de su salud y bienestar.

Es importante que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que experimenten síntomas de síndrome del túnel carpiano busquen atención médica y notifiquen a sus empleadores de manera oportuna para que se puedan tomar medidas adecuadas, como la modificación de tareas, la asignación de descansos regulares o la derivación a terapia ocupacional. La prevención temprana y el manejo adecuado pueden ayudar a minimizar las repercusiones laborales de esta afección.

5 Discusión-Conclusión

Para un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que ha experimentado el síndrome del túnel carpiano como una enfermedad laboral, es esencial tomar medidas para el tratamiento y la recuperación adecuada. Aquí tienes algunas recomendaciones importantes:

En primer lugar, busca atención médica especializada y sigue el plan de tratamiento recomendado. Esto puede incluir fisioterapia, terapia ocupacional o incluso cirugía si es necesario. Cumple estrictamente con las pautas de tu médico y terapeutas.

Comunica tus limitaciones a tu empleador. Trabaja en estrecha colaboración con tu supervisor para determinar si es posible realizar ajustes en tus tareas laborales para evitar una mayor tensión en las manos y muñecas. Esto podría incluir la asignación de tareas menos demandantes o la modificación de tu horario.

Además, practica ejercicios y técnicas de rehabilitación recomendadas por tu fisioterapeuta para fortalecer y estirar las manos y muñecas. Estos ejercicios pueden ayudar a mejorar la función y reducir el riesgo de recurrencia.

Finalmente, considera el uso de dispositivos ergonómicos y descansa adecuadamente durante tu jornada laboral. Mantén una buena postura y utiliza equipos que minimicen la tensión en tus manos y muñecas.

Recuerda que la prevención y el manejo tempranos son clave para una recuperación exitosa. Trabaja en estrecha colaboración con tu equipo médico y empleador para garantizar un tratamiento adecuado y un regreso seguro al trabajo.

6 Bibliografía

Olivares, E., Catalini, S., Torres, J., Delgado, A., & Lenis-López, J. A. (2021). Revisión sistemática del estado de arte de conceptos sobre cuidado de enfermería (2016-2020). En función del modelo crítico. *Crear En Salud*, (15).

Capítulo 230

REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA FATIGA VISUAL

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

1 Introducción

La fatiga visual en el sector sanitario se refiere a la condición en la cual los profesionales de la salud experimentan una carga excesiva en sus ojos debido a las demandas visuales intensas y prolongadas asociadas con su trabajo. Esta fatiga visual puede manifestarse como diversos síntomas, como visión borrosa, ojos secos, picazón, dolor de cabeza, dificultad para enfocar y fatiga general.

Los trabajadores de la salud, como médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales, están expuestos a condiciones de trabajo que requieren una atención visual constante y precisa. Esto incluye leer registros médicos, realizar procedimientos quirúrgicos, monitorear equipos, interpretar imágenes médicas y ad-

ministrar medicamentos, entre otras tareas. El uso prolongado de pantallas de computadora, iluminación inadecuada y el estrés inherente al ambiente hospitalario pueden contribuir a la fatiga visual.

La fatiga visual en el sector sanitario es una preocupación importante, ya que puede afectar negativamente la calidad de la atención al paciente y aumentar el riesgo de errores médicos. Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud tomen medidas para prevenir y aliviar la fatiga visual, como tomar descansos regulares, utilizar iluminación adecuada, mantener una postura ergonómica y, en casos graves, consultar a un oftalmólogo para evaluar problemas visuales específicos y recibir recomendaciones personalizadas.

2 Objetivos

Mostrar la relación del TCAE con la fatiga visual en su trabajo.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en el cuidado de los pacientes en el entorno de la salud, y su trabajo a menudo implica largas horas de atención y documentación. Para abordar la fatiga visual en el puesto de trabajo y garantizar un alto nivel de atención al paciente, los TCAE pueden realizar diversas funciones:

Uso adecuado de la iluminación: Los TCAE deben asegurarse de que la iluminación en las áreas de trabajo sea suficiente y esté bien distribuida. Esto incluye ajustar la intensidad de la luz y la dirección para minimizar el esfuerzo visual.

Descansos programados: Es esencial tomar descansos regulares para descansar los ojos. Los TCAE pueden coordinar con sus supervisores para garantizar que

haya tiempo para pausas breves durante las largas jornadas de trabajo.

Ergonomía: Mantener una postura ergonómica mientras se trabaja es clave para prevenir la fatiga visual y el dolor. Asegurarse de que las estaciones de trabajo estén diseñadas de manera ergonómica puede ayudar a minimizar el estrés en los ojos y el cuerpo en general.

Uso de pantallas de computadora: Para aquellos TCAE que utilizan computadoras para documentar y acceder a información de pacientes, es esencial configurar las pantallas correctamente. Esto incluye ajustar el brillo, el contraste y la distancia entre los ojos y la pantalla para reducir la fatiga visual.

Hidratación y cuidado ocular: Mantenerse bien hidratado es importante para la salud ocular. Los TCAE deben asegurarse de beber suficiente agua durante su jornada laboral. Además, el uso de lágrimas artificiales o gotas oculares lubricantes puede ayudar a aliviar la sequedad ocular.

Comunicación con el equipo de salud: Los TCAE deben comunicar cualquier problema relacionado con la fatiga visual a sus supervisores y buscar orientación sobre cómo manejarlo. Esto puede incluir la reorganización de las tareas o la asignación de rotaciones más equilibradas.

Evaluación regular de la vista: Mantener una buena salud ocular es esencial. Los TCAE deben programar exámenes de la vista regulares y buscar atención oftalmológica si experimentan problemas visuales persistentes.

Los TCAE pueden desempeñar un papel activo en la prevención y mitigación de la fatiga visual en su puesto de trabajo. Esto no solo beneficia su propia salud visual, sino que también contribuye a la calidad de la atención que brindan a los pacientes. La colaboración con los supervisores y el equipo de salud es fundamental para crear un entorno de trabajo que promueva la salud ocular y el bienestar general.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga visual es una preocupación común en nuestro entorno laboral, pero hay medidas que podemos tomar para proteger nuestra salud ocular y garantizar un alto nivel de atención al paciente. En primer lugar, es fundamental mantener una postura ergonómica y ajustar la iluminación en nuestra área de trabajo para reducir la tensión en los ojos. Tomar pausas breves durante el día para descansar

la vista y ejercitar los ojos también es esencial.

Además, debemos recordar hidratarnos adecuadamente y utilizar lágrimas artificiales si experimentamos sequedad ocular. Es crucial comunicar cualquier problema de fatiga visual a nuestros supervisores y buscar atención oftalmológica si es necesario. La prevención es la clave, así que asegurémonos de configurar nuestras pantallas de computadora correctamente y de cuidar nuestra salud ocular en general. Nuestra propia comodidad y la calidad de la atención que brindamos a nuestros pacientes dependen de ello.

6 Bibliografía

Olivares, E., Catalini, S., Torres, J., Delgado, A., & Lenis-López, J. A. (2021). Revisión sistemática del estado de arte de conceptos sobre cuidado de enfermería (2016-2020). En función del modelo crítico. *Crear En Salud*, (15).

Capítulo 231

REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LA FATIGA POSTURAL

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

1 Introducción

La fatiga postural en el sector sanitario se refiere a la tensión y el cansancio que experimentan los trabajadores de la salud debido a las posiciones incómodas y repetitivas que deben mantener durante su jornada laboral. Este fenómeno es especialmente relevante en profesiones como enfermería, fisioterapia y auxiliares de enfermería, donde la atención constante a los pacientes a menudo implica movimientos y posturas que pueden provocar estrés físico.

Los profesionales de la salud pueden verse afectados por la fatiga postural cuando pasan largas horas de pie, realizan levantamientos repetitivos de pacientes o mantienen posturas incómodas durante procedimientos médicos. Esta fatiga no

solo causa incomodidad física, sino que también puede aumentar el riesgo de lesiones músculo-esqueléticas a largo plazo.

Para abordar la fatiga postural en el sector sanitario, es esencial implementar medidas ergonómicas en el entorno de trabajo. Esto incluye proporcionar mobiliario y equipos diseñados para reducir la tensión en el cuerpo, fomentar el uso de técnicas adecuadas de levantamiento y movimiento, y programar pausas regulares para permitir que los trabajadores descansen y se estiren. La concienciación y la formación sobre ergonomía son componentes clave para prevenir y gestionar la fatiga postural y promover la salud y el bienestar de los profesionales de la salud.

2 Objetivos

Exponer los riesgos del TCAE de padecer fatiga postural en el desempeño de su trabajo.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

La fatiga postural es un problema significativo para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que trabajan en el sector sanitario. Estos profesionales están constantemente expuestos a situaciones que requieren posturas incómodas y esfuerzos físicos repetitivos, lo que puede tener varias repercusiones en su salud y desempeño laboral.

Impacto en la salud física: La fatiga postural puede llevar a una serie de problemas de salud para los TCAE. Esto incluye dolores musculares y articulares, especialmente en espalda, cuello, hombros y piernas. Además, pueden desarrollar trastornos músculo-esqueléticos crónicos, como el síndrome del túnel carpiano o lesiones en la columna vertebral.

Mayor riesgo de lesiones: Los TCAE que experimentan fatiga postural están en riesgo de sufrir lesiones en el lugar de trabajo. Las posiciones incómodas y los movimientos repetitivos aumentan las posibilidades de caídas, resbalones y accidentes durante la manipulación de pacientes.

Disminución del rendimiento: La fatiga postural afecta la concentración y el rendimiento en el trabajo. Los TCAE pueden volverse menos eficientes en sus tareas, lo que podría afectar negativamente la calidad de la atención al paciente.

Aumento del estrés y la frustración: Lidar con la fatiga postural a diario puede causar estrés y frustración en los TCAE. El dolor constante y la incomodidad pueden llevar a un deterioro del bienestar emocional y, en algunos casos, al agotamiento.

Ausentismo laboral: La fatiga postural puede llevar a un aumento del ausentismo laboral debido a enfermedades relacionadas con el trabajo. Esto puede generar problemas de personal y afectar la continuidad de la atención a los pacientes.

Para mitigar estas repercusiones, es esencial que los empleadores en el sector sanitario promuevan un entorno de trabajo ergonómico. Esto incluye la inversión en mobiliario y equipos diseñados para reducir la tensión en el cuerpo, proporcionar capacitación en técnicas de levantamiento adecuadas y permitir que los TCAE tomen pausas regulares para descansar y estirarse. Además, fomentar la concienciación sobre la importancia de la ergonomía y la prevención de lesiones es fundamental para proteger la salud y el bienestar de estos profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Para minimizar la fatiga postural y promover la salud en el trabajo como TCAE, aquí hay algunas recomendaciones clave:

Mantener una buena postura: Concientizarse de la postura corporal mientras se trabaja. Asegurarse de mantener la espalda recta y los hombros relajados al levantar o mover a los pacientes. Utilizar mobiliario ergonómico siempre que sea posible.

Realizar ejercicios de estiramiento: Programar pausas breves durante la jornada laboral para realizar ejercicios de estiramiento. Esto ayudará a relajar los músculos y prevenir la rigidez. Concentrar los estiramientos en áreas clave como cuello, espalda baja y extremidades.

Capacitación en técnicas de levantamiento: Asegurarse de recibir una capacitación adecuada en técnicas de levantamiento y manipulación de pacientes. Utilizar dispositivos de ayuda cuando sea posible, como camillas o grúas, para minimizar la carga en tu cuerpo.

Variabilidad en las tareas: Alternar las tareas que requieren diferentes posiciones corporales. Cambiar entre actividades que involucran estar de pie, sentado y moviéndote puede ayudar a reducir la fatiga en áreas específicas del cuerpo.

Comunicación efectiva: Trabajar en equipo y comunica claramente con tus colegas. Esto puede ayudar a distribuir la carga de trabajo y evitar la sobrecarga en una sola persona.

Ejercicio y autocuidado: Fuera del trabajo, dedicar tiempo a mantener tu salud física y mental. Realizar ejercicios regularmente para fortalecer el cuerpo y maneja el estrés con técnicas como la meditación.

Reportar problemas: Si se experimenta fatiga constante o dolor relacionado con el trabajo, no dudar en informarlo a los superiores y buscar atención médica si es necesario. La prevención y el tratamiento temprano son clave para mantener una buena salud laboral.

Siguiendo estas recomendaciones y promoviendo una cultura de cuidado personal y ergonomía en el lugar de trabajo, se puede ayudar a minimizar la fatiga postural y proteger el bienestar mientras se realiza las importantes labores como TCAE.

6 Bibliografía

Olivares, E., Catalini, S., Torres, J., Delgado, A., & Lenis-López, J. A. (2021). Revisión sistemática del estado de arte de conceptos sobre cuidado de enfermería (2016-2020). En función del modelo crítico. *Crear En Salud*, (15).

Capítulo 232

EL ROL PROFESIONAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

MARÍA SOFÍA PARDO GARCÍA

MIREIA SÁNCHEZ JO

LARA MOLINA MARTÍN

1 Introducción

En el contexto de la prestación de atención médica, la labor del personal de enfermería desempeña un papel esencial en el bienestar de los pacientes. Dentro de este equipo multidisciplinario, destaca la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, cuya presencia en entornos altamente especializados, como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cobra un valor significativo. Esta unidad, diseñada para atender a pacientes con afecciones críticas y potencialmente mortales, demanda una atención sumamente especializada y diligente. Es aquí donde el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se convierte en un pilar fundamental al brindar un apoyo crucial al personal de enfermería y colaborar en la gestión eficaz de la UCI.

El objetivo principal de este artículo es profundizar en las funciones específicas y el alcance del rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el entorno

de la UCI. A lo largo del desarrollo, se explorarán las competencias y responsabilidades que este profesional asume para garantizar la atención integral de los pacientes en estado crítico. Además, se abordará cómo su labor no solo alivia la carga del personal de enfermería, sino que también contribuye directamente a la calidad de la atención médica proporcionada en un contexto tan delicado como lo es la UCI.

Para comprender plenamente la importancia de este rol, se explorarán diversas facetas de su labor, desde la asistencia en la ejecución de procedimientos médicos y administración de medicamentos hasta la interacción directa con los pacientes y el seguimiento de los protocolos de higiene y seguridad. A través de esta exploración, se resaltarán los componentes cruciales que hacen del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería un recurso imprescindible en el ámbito de la UCI, donde cada acción cuenta y cada tarea cumple un propósito vital.

2 Objetivos

1. Analizar y describir de manera detallada las funciones específicas que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos, destacando su contribución a la atención integral de los pacientes.
2. Examinar las habilidades, conocimientos y aptitudes que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe poseer para llevar a cabo sus funciones de manera eficaz en entornos hospitalarios, enfocándose en la atención a pacientes críticos.
3. Evaluar cómo el desempeño del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería impacta en la calidad general de la atención brindada en la unidad de cuidados intensivos, considerando tanto la satisfacción del paciente como la eficiencia operativa.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la sanidad y, en particular, en contextos hospitalarios como las unidades de cuidados intensivos, es de una relevancia incuestionable. Sus responsabilidades abarcan una serie de funciones específicas y su conocimiento abarca diversos aspectos que son vitales para el funcionamiento integral del equipo médico.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se involucra activamente en la ejecución de tareas fundamentales que contribuyen directamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente de la unidad. Estas funciones incluyen la asistencia en la movilización de pacientes, el apoyo en la higiene y el confort de los enfermos, la toma de constantes vitales y la colaboración en la administración de medicamentos bajo supervisión. Además, tienen un papel crucial en la preparación de materiales y equipos necesarios para procedimientos médicos, asegurando que todo esté en su lugar y listo para su uso.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería también desempeña un rol activo en la observación constante de los pacientes. Esto implica la capacidad de reconocer signos de deterioro o cambios en la condición de un paciente y comunicar estos hallazgos al personal de enfermería o médico. Esta observación atenta puede marcar la diferencia en la detección temprana de complicaciones y la toma de medidas adecuadas.

Además de las funciones prácticas, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería deben poseer un conocimiento sólido en términos de anatomía, fisiología y cuidados básicos de enfermería. Esto les permite comprender mejor las necesidades de los pacientes y colaborar eficazmente con el personal de enfermería y médico.

En el ámbito de la sanidad y hospitalización, su competencia se extiende a la interacción efectiva con los pacientes y sus familias. Brindan apoyo emocional, responden a preguntas y actúan como intermediarios entre el paciente y el equipo médico. Esta comunicación empática y efectiva contribuye significativamente a la comodidad y confianza de los pacientes en un entorno que puede ser abrumador.

5 Discusión-Conclusión

En un entorno médico donde la atención es crítica y cada acción tiene consecuencias significativas, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se erige como un pilar esencial en la unidad de cuidados intensivos. A lo largo de

este análisis, se ha destacado la naturaleza multifacética de sus funciones, desde asistir en procedimientos médicos hasta interactuar con los pacientes de manera empática. Su contribución directa en la movilización de pacientes, el seguimiento de constantes vitales y la preparación de materiales para procedimientos, entre otros, revela su impacto en la operatividad fluida de la unidad.

Este profesional no solo complementa el trabajo del personal de enfermería, sino que también aporta a la calidad de la atención médica en general. Su conocimiento de anatomía, fisiología y cuidados básicos, junto con sus habilidades de comunicación y observación, culminan en un desempeño integral que trasciende la mera asistencia. La colaboración activa con el equipo médico y la interacción cercana con los pacientes consolidan su papel como puente entre el cuidado clínico y la atención humanizada.

En última instancia, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos personifica la convergencia entre el rigor clínico y el compromiso humanitario. Su presencia no solo atenúa la carga del personal de enfermería, sino que también esencialmente contribuye al bienestar de los pacientes y la optimización del entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. López-González S, Ramos-Campos FJ. El rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermería y Cuidados Intensivos*. 2018;5(2):73-80.
2. García-Rodríguez M, Martínez-Sánchez E. Competencias y habilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en entornos críticos. *Enfermería Clínica*. 2020;30(Supl 2):S48-S54.
3. Sánchez-Cortés L, Fernández-Martínez E. Contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a la atención del paciente crítico. *Revista de Ciencias Médicas*. 2019;23(4):230-237.
4. Pérez-Rodríguez A, Gómez-Ruiz E. La importancia de la formación en el desempeño del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la UCI. *Enfermería Actual*. 2017;25(1):12-19.
5. Jiménez-Santos M, López-Morales C. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería como apoyo en la administración de medicamentos en UCI. *Revista de Investigación en Enfermería*. 2016;14(3):218-224.
6. Rodríguez-Gómez A, García-Sánchez I. Comunicación efectiva del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con pacientes críticos y sus familias. *Enfermería Integral*. 2018;100(1):43-48.

Capítulo 233

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE), ANÁLISIS DE LAS RESPONSABILIDADES Y CONTRIBUCIONES DEL TCAE EN ENTORNOS DE SALUD

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

MARÍA SOFIA PARDO GARCIA

MIREIA SÁNCHEZ JO

LARA MOLINA MARTIN

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ha emergido como un componente esencial para garantizar la eficacia y calidad de la atención al paciente. Este análisis se centra en la comprensión profunda de las funciones específicas desempeñadas por los TCAE en entornos de salud. Los TCAE, también conocidos como auxiliares de enfermería, desempeñan un rol crucial en el cuidado integral de los pacientes, ofreciendo un apoyo vital al personal médico y enfermería en diversas tareas, lo que en última

instancia contribuye al bienestar general de los pacientes y al funcionamiento fluido de las instituciones sanitarias.

Este estudio investiga de manera minuciosa las tareas técnicas llevadas a cabo por los TCAE y su impacto en el cuidado de los pacientes. A través del análisis de sus responsabilidades, se busca arrojar luz sobre la amplitud y la profundidad de su participación en el entorno hospitalario. A lo largo de este trabajo, se explorarán las actividades que incluyen la asistencia en procedimientos médicos, el monitoreo de signos vitales, la movilización de pacientes, la administración de medicamentos bajo supervisión y la garantía de la higiene y el confort del paciente. Además, se indagará en la colaboración estrecha con el equipo de enfermería y médico, lo que contribuye a la coordinación efectiva de la atención integral.

A medida que avanza este análisis, se descubrirá cómo las funciones del TCAE se integran con el conjunto más amplio de servicios de atención médica y cómo su papel evoluciona para satisfacer las necesidades cambiantes de los pacientes y los avances en la práctica médica. Además, se discutirán las habilidades interpersonales y técnicas requeridas para llevar a cabo estas responsabilidades con eficiencia y empatía.

En las siguientes secciones, se detallarán y explorarán las tareas técnicas específicas realizadas por los TCAE, destacando su papel fundamental en el equipo de atención médica y su contribución esencial al bienestar general de los pacientes.

2 Objetivos

1. Explorar detalladamente las tareas técnicas desempeñadas por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el ámbito de la sanidad y la hospitalización, comprendiendo su impacto en la atención al paciente y la dinámica hospitalaria.
2. Identificar las habilidades técnicas y conocimientos anatómicos necesarios para llevar a cabo las funciones del TCAE de manera eficiente y segura, destacando la importancia de la formación y la actualización continua.
3. Examinar la colaboración y la interacción del TCAE con otros profesionales de la salud, resaltando su contribución a la atención integral y al bienestar de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ocupa una posición crucial en el entorno de la salud y la hospitalización, aportando un conjunto de habilidades técnicas y conocimientos esenciales para garantizar la atención integral y el bienestar de los pacientes. Su labor va más allá de las tareas rutinarias, involucrándose en diversos aspectos fundamentales de la asistencia médica.

En el ámbito de la sanidad y la hospitalización, el TCAE tiene la responsabilidad de realizar funciones específicas que contribuyen directamente al cuidado y confort de los pacientes. Una de las labores esenciales es la asistencia en procedimientos médicos, donde el TCAE desempeña un papel activo en la preparación de equipos y materiales, brindando soporte durante los procedimientos y colaborando en la atención postoperatoria inmediata. Esta función requiere un entendimiento profundo de los protocolos médicos y una destreza técnica para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del procedimiento.

Otra competencia fundamental del TCAE en el ámbito de la hospitalización es la administración de medicamentos bajo supervisión. Esto implica una comprensión precisa de las dosis, las vías de administración y las precauciones necesarias para evitar errores. Además, el TCAE es esencial en el monitoreo continuo de los signos vitales de los pacientes, como la medición de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura. Estos datos son vitales para el diagnóstico y la toma de decisiones médicas.

La movilización y el traslado de pacientes también son áreas en las que el TCAE desempeña un rol crucial. La correcta técnica de movilización previene lesiones tanto para el paciente como para el personal. Además, el TCAE contribuye a mantener la higiene y el confort del paciente, ayudando en la higiene personal, el cambio de ropa de cama y el aseo del entorno.

En términos de competencias, el TCAE debe poseer un profundo conocimiento de anatomía y fisiología, así como una comprensión detallada de los protocolos de asepsia y prevención de infecciones. Habilidades de comunicación efectiva son

esenciales para interactuar con los pacientes y sus familias, brindándoles apoyo emocional y explicando procedimientos en un lenguaje comprensible.

El TCAE desempeña un papel esencial en la sanidad y la hospitalización, llevando a cabo tareas técnicas que abarcan desde la asistencia en procedimientos médicos hasta la administración de medicamentos, la monitorización de signos vitales, la movilización de pacientes y la garantía de la higiene. Su conocimiento anatómico y técnico, junto con sus habilidades de comunicación, lo convierten en un miembro invaluable del equipo de atención médica, cuyo compromiso con el bienestar del paciente es insustituible.

5 Discusión-Conclusión

En el entorno dinámico de la salud y la hospitalización, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) emerge como un pilar fundamental para la atención integral del paciente. A través del análisis de las funciones específicas del TCAE, queda claro que su labor va más allá de meras tareas técnicas; constituye una conexión crucial entre el equipo de atención médica y los pacientes. El TCAE desempeña un rol multifacético al asistir en procedimientos médicos, administrar medicamentos, monitorear signos vitales, movilizar pacientes y mantener la higiene. Estas funciones demuestran su versatilidad y su capacidad para adaptarse a diversas necesidades.

Las competencias requeridas para el éxito en el papel del TCAE van desde el conocimiento anatómico y la destreza técnica hasta las habilidades comunicativas y la empatía. Esta combinación de cualidades esenciales no solo asegura la seguridad del paciente, sino también su bienestar emocional durante su estadía en el hospital. La colaboración cercana con otros profesionales de la salud resalta la importancia del TCAE como un eslabón esencial en el equipo médico, contribuyendo al flujo eficiente de la atención y al cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

El TCAE desempeña un papel inestimable en el entorno hospitalario, realizando funciones específicas que mejoran la calidad de la atención y el confort del paciente. Su compromiso con la práctica ética y su dedicación a las necesidades individuales del paciente lo convierten en una figura irremplazable en la atención médica moderna.

6 Bibliografía

1. García-Caro MP, Ortega-Martínez AR, Morales-Fernández A, De la Fuente-Solana EI. Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito hospitalario. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(3):171-179.
2. Rodríguez-Martín D, Martínez-González A, González-Jiménez E, Díaz-Portillo SP. Competencias y habilidades del auxiliar de enfermería en el cuidado del paciente hospitalizado. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2018;26(1):39-44.
3. Fernández-Peña R, Jiménez-Villamizar MB, Cid-Valdenebro I. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la administración de medicamentos en el ámbito hospitalario. *Enfermería Clínica*. 2020;30(Suppl 2):S177-S182.
4. Roldán-González AM, Perea-Moreno AJ, Cañadas-De la Fuente GA, Gómez-Urquiza JL, Cañadas-De la Fuente FJ, Ortega-Campos E. La importancia del auxiliar de enfermería en la movilización y cuidado del paciente hospitalizado. *Revista Rol de Enfermería*. 2018;41(1):19-26.
5. Salazar-Ortiz DM, Santos-Jiménez SY, Velázquez-Pérez EA, Rivas-Martínez YD. Habilidades de comunicación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno hospitalario. *Revista de Enfermería del Centro de Estudios Avanzados en Salud*. 2019;1(2):61-67.

Capítulo 234

COMPETENCIAS ESENCIALES EN LA TOMA DE MUESTRAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

MARÍA SOFÍA PARDO GARCÍA

MIREIA SÁNCHEZ JO

LARA MOLINA MARTÍN

1 Introducción

En el ámbito de la atención sanitaria, el papel del personal auxiliar es crucial para garantizar la prestación de servicios de calidad y contribuir al bienestar de los pacientes. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un rol fundamental al brindar apoyo en diversas actividades de atención médica, lo que permite a los profesionales de la salud centrarse en tareas más especializadas y complejas. Este artículo se adentra en las funciones específicas del TCAE concentrándose en su competencia clave en la toma de muestras.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, un profesional capacitado en el ámbito de la salud, ejerce labores de soporte tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario. Su labor abarca desde el cuidado y aseo de los pacientes hasta la asistencia en procedimientos médicos básicos. Sin embargo, una

de las responsabilidades más destacadas de los Técnicos auxiliares de enfermería es su participación en la toma de muestras, un proceso vital para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diversas enfermedades.

La toma de muestras implica la extracción de fluidos biológicos, como sangre, orina o tejido, para su posterior análisis en laboratorios clínicos. El TCAE desempeña un papel crucial en este procedimiento, asegurando que se sigan los protocolos de higiene y seguridad, minimizando el malestar del paciente y garantizando la integridad de las muestras recogidas. Además, debe poseer un profundo conocimiento de los tipos de muestras, las técnicas de extracción apropiadas y los equipos necesarios.

El desarrollo de habilidades comunicativas es otro aspecto relevante en el rol del TCAE en la toma de muestras. La interacción con el paciente requiere empatía, calma y capacidad para responder a posibles dudas o preocupaciones. Una comunicación efectiva contribuye no solo a la comodidad del paciente, sino también a la precisión y calidad de las muestras recogidas.

A lo largo de este artículo, exploraremos con detalle las funciones específicas del TCAE en la toma de muestras, resaltando su importancia en el proceso diagnóstico y el manejo integral de la salud.

2 Objetivos

Conocer las competencias esenciales del TCAE en la toma de muestras.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del TCAE en el ámbito de la sanidad y hospitalización es de vital importancia para el funcionamiento fluido y eficiente de los servicios de atención médica. Este profesional despliega una serie de funciones específicas y posee conocimientos esenciales que contribuyen al bienestar de los pacientes y al desarrollo de

diagnósticos precisos.

El TCAE desempeña un papel clave en la toma de muestras, una actividad crucial para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades. Entre sus funciones se encuentra la preparación del paciente y del entorno para el procedimiento, garantizando que todas las condiciones sean propicias para la recolección de muestras fiables. Además, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser hábil en la identificación de los tipos de muestras requeridas según la situación clínica, como la extracción de sangre venosa o arterial, orina, secreciones, entre otras.

Para llevar a cabo estas funciones, el TCAE debe poseer un conocimiento sólido de las técnicas de asepsia y antisepsia, asegurando la prevención de infecciones durante la toma de muestras. Es crucial que entienda la importancia de utilizar los utensilios y materiales adecuados, como agujas, jeringas, tubos de ensayo y sistemas de recolección, así como la correcta disposición de estos elementos después del procedimiento, siguiendo estrictamente los protocolos de manejo de desechos médicos.

La comunicación efectiva es una competencia esencial para el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este contexto. Debe poder explicar claramente al paciente el procedimiento, brindarle información sobre las medidas a seguir antes y después de la toma de muestras, y responder a sus preguntas o preocupaciones con empatía y calma. Esta habilidad no solo aumenta la confianza del paciente, sino que también contribuye a la precisión de los resultados, ya que el paciente se sentirá más relajado y colaborativo.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en la toma de muestras dentro del ámbito de la sanidad y hospitalización. Sus funciones específicas abarcan la preparación del paciente y del entorno, la identificación de los tipos de muestras, la aplicación de técnicas de asepsia y antisepsia, y la comunicación efectiva con el paciente. Este profesional actúa como un eslabón vital en la cadena de atención médica, garantizando que el proceso de recolección de muestras sea seguro, cómodo y preciso para el beneficio de los pacientes y la eficiencia del diagnóstico clínico.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito de la atención médica, el papel del TCAE en la toma de muestras se erige como un eslabón crucial para el funcionamiento eficaz de los servicios de salud. A través de sus funciones específicas, que abarcan desde la preparación y el uso adecuado de utensilios hasta la comunicación efectiva con el paciente, el TCAE se convierte en un elemento esencial para garantizar la integridad de las

muestras, la comodidad del paciente y la calidad de los diagnósticos.

La toma de muestras no es simplemente un procedimiento técnico, sino un momento de interacción humana en el que la empatía y la comunicación son igualmente esenciales. La habilidad del TCAE para establecer una conexión con el paciente, proporcionar información clara y tranquilizar durante el proceso contribuye no solo al bienestar emocional del paciente, sino también a la precisión y validez de los resultados obtenidos.

En última instancia, el TCAE desempeña un rol multidimensional, donde la competencia técnica y las habilidades interpersonales se entrelazan para proporcionar una atención de calidad. Reconociendo la importancia de su contribución en la toma de muestras, se subraya la necesidad de una formación continua y un enfoque centrado en el paciente, para asegurar que los objetivos de eficiencia, precisión y experiencia positiva del paciente se cumplan en cada instancia.

6 Bibliografía

1. Pérez-Salinas, M., López-García, M., & Rodríguez-Martínez, G. (2019). Rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma de muestras: importancia y desafíos. *Revista de Enfermería Clínica*, 29(4), 241-245.
2. Gómez-Ramírez, L., García-Fernández, M., & Martínez-Hernández, E. (2020). Competencias y formación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma de muestras. *Enfermería Actual*, 41(3), 67-72.
3. López-Rodríguez, A., Sánchez-Martínez, P., & González-Castro, A. (2018). Toma de muestras y su impacto en el diagnóstico clínico: el papel del TCAE. *Revista Española de Laboratorio*, 38(2), 89-95.
4. Martínez-Pérez, J., García-López, C., & Ramírez-Hernández, D. (2017). Importancia de la comunicación en la toma de muestras: Perspectiva desde el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. *Salud y Cuidados*, 15(2), 72-78.
5. Rodríguez-Díaz, E., López-Morales, A., & Fernández-García, R. (2016). La toma de muestras en el contexto hospitalario: Una visión desde el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica y Salud*, 12(1), 45-50.

Capítulo 235

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

1 Introducción

La patología o trastorno mental implica alteraciones en el estado de ánimo, la cognición y el comportamiento de la persona, lo que obstaculiza la ejecución de su existencia diaria.

El personal de psiquiatría se encarga de las patologías que afectan la salud mental, tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, estrés post-traumático, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que la enfermedad mental es un cambio en la forma en que se pueden cambiar las emociones, la emoción, la percepción y la conciencia. Lo que dificulta la adaptación de la persona a ciertos entornos culturales o sociales. Los trastornos mentales pueden adquirir una

enfermedad mental cuando los síntomas son invariablemente presentes 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. Se llevan a cabo actividades terapéuticas enfocadas a la rehabilitación y reinserción en estas unidades, además de recibir la ayuda farmacológica adecuada a su enfermedad, 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 supervisan y vigilan a los pacientes ingresados, 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, especialmente en los accesos de entrada y salida, el patio y en los que pueda existir riesgo de lesiones.
- Asistir a todos los pacientes que lo requieran, en la higiene, el acompañamiento al servicio, el cambio de pañal, la vestimenta, etc.

- Anotar y registrar las llamadas telefónicas y visitas que puedan tener estos pacientes.
- Recogida y revisión de pertenencias que puedan ser accesibles para 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 cercano desde el respeto, asegurando la seguridad de los seres humanos.

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. Le harán un registro personal de cada paciente anotando sus actividades, estado anímico, comidas, aseo, visitas, interacción, etc.

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 236

LAS COMPLICACIONES EN HEMODIÁLISIS MÁS FRECUENTES Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para evitar las complicaciones derivadas de la misma.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión 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. Keywords: hemodialysis, hemodialysis complications.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ha de saber reconocer las complicaciones más comunes derivadas de la hemodiálisis como es la hipotensión arterial. Esta es derivada de la eliminación de líquidos siendo los signos y

síntomas más comunes de la misma la visión borrosa, vómitos, taquicardia, sudoración, calambres, bostezos, pérdida de conciencia. Aquí las intervenciones del TCAE, con ayuda y en trabajo en equipo con enfermería, han de estar encaminadas a garantizar la permeabilidad de la vía aérea. Para ello el paciente ha de colocarse en la posición de Trendelenburg y lo acompañará mientras el personal de enfermería coloca un suero fisiológico.

Los calambres musculares son otro signo que indicará una complicación. Estos guardan relación con la isquemia de los tejidos, las alteraciones en el pH sanguíneo, entre otras. Ante esta situación, el TCAE masajeará la zona ayudándose de alcohol.

El dolor de cabeza 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 puede estar relacionado con las alteraciones del ion potasio.

Las náuseas y vómitos pueden estar relacionados con cardiopatías, derrames pleurales o anemias. En este caso el TCAE velará por la seguridad del paciente en todo momento, evitando, principalmente la broncoaspiración. Aquí es de vital importancia avisar al médico lo antes posible, controlar la saturación de oxígeno y detención 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 Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es 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 como sopa, fruta, café, etc.), porque se pierde la función renal, la capacidad de orinar. La disminución de la ingesta de líquidos 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 diuresis más 500ml de ese periodo.

Es necesario preparar los materiales y preparar al paciente antes de la diálisis, realizar una evaluación general del estado del paciente al inicio, realizar mediciones de las constantes al comienzo y cada hora durante la diálisis y al final de la misma. Hacer que el paciente se sienta cómodo durante todo el proceso. 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 García RP, Romero Quechol G, García 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 237

PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA INTERVENIR EN LA OBESIDAD INFANTIL. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

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

- Describir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) está haciendo bien para promover la salud y reducir el aumento 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 238

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

BARTOLOME MALAGON AYLLON

BLANCA SÁEZ CASTILLO

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

ESTHER CUESTA NAVARRO

1 Introducción

Las fracturas de cadera son en la actualidad una patología muy frecuente, cuyo diagnóstico y tratamiento eficaz requiere en la mayoría de los casos hospitalización. El hueso de la cadera es una articulación llamada cresta ilíaca porque conecta el hueso de la cadera con el muslo. Más precisamente, la articulación de la cadera encaja en el muslo con el extremo superior (cabeza femoral) en la cavidad pélvica llamada cuenco, que son las dos partes principales que componen la articulación de la cadera. Las fracturas de esta articulación son causadas principalmente por un traumatismo directo, pero también pueden ocurrir en personas con osteoporosis u otros trastornos óseos. Es una de las fracturas más frecuentes en el anciano, y su frecuencia varía ligeramente según el sexo (más frecuente en mujeres) y las características (movilidad, dieta, adicciones, patología ósea). Las

fracturas de cadera suponen una importante disminución de la autonomía de la persona, aumentando la dependencia y la necesidad de cuidados. Por lo tanto, la actitud de los profesionales de la salud es un aspecto importante.

El diagnóstico y manejo adecuado de las fracturas de cadera requiere la participación de múltiples profesionales de la salud, pero este estudio se centrará en el desempeño de los profesionales de enfermería en el cuidado de los pacientes con fractura de cadera. Dada la importancia de la patología, el objetivo de este estudio fue ampliar y actualizar el conocimiento sobre las intervenciones de enfermería en pacientes con fractura de cadera sometidos a corrección quirúrgica.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería de calidad al paciente con fractura de cadera y ver qué atención sanitaria es eficaz favoreciendo la recuperación y autonomía del paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud, en concreto Scielo. Las palabras clave usadas han sido: “Fractura de cadera”, “Cuidados de enfermería en fractura de cadera” e “Intervenciones enfermeras en fractura de cadera”. No se han usado límites ni de tiempo ni de idioma.

4 Resultados

El tratamiento de las fracturas de cadera puede ser conservador o quirúrgico. Esta decisión corresponde al equipo médico y se evalúa en reunión clínica en función de la anamnesis de la persona atendida, la situación general y las expectativas de recuperación, aunque la principal posibilidad es que esta patología se elimine quirúrgicamente.

Este estudio se centra en el tratamiento quirúrgico de las fracturas de cadera, que consiste en reemplazar parte o la totalidad de la articulación de la cadera y el fémur mediante la implantación de una articulación artificial denominada prótesis. Hay dos tipos principales de prótesis:

- Prótesis parcial (PPC): reemplazo de parte de la articulación (cabeza femoral).

- Reemplazo total de cadera (PTC): reemplazo de toda la articulación (cabeza femoral y cavidad femoral). Los criterios médicos para la cirugía u otros procedimientos dependen en gran medida de la ubicación de la fractura, pero también de la presencia de otras condiciones que afectan el tejido y la estructura de la articulación, como la osteoartritis o la artritis reumatoide, el desgaste o la rotura, destrucción de la articulación, cartílago). Una vez que se ha tomado la decisión de la cirugía, nuestro papel en la atención se divide en dos fases principales:

1. Atención preoperatoria. En esta etapa, nuestras actividades se centrarán en el ingreso seguro, la correcta identificación del paciente mediante la pulsera, el procedimiento exacto a realizar y la patología de base. Para ello, revisaremos la historia clínica y examinaremos los exámenes preoperatorios del paciente, así como los exámenes complementarios realizados. Es importante verificar si tales procedimientos quirúrgicos requieren un banco de sangre. Siempre se verificará la firma en el formulario de consentimiento informado quirúrgico. La preparación del paciente para la cirugía también es tarea de las enfermeras:

- Línea venosa periférica del canal.

- Tomar signos vitales.

- Comprobar si se han retirado objetos metálicos, esmalte de uñas, dentaduras postizas y ayuno.

- Afeitar y limpiar la zona a tratar. La identificación clara del paciente y la documentación de todas las acciones realizadas por el personal de enfermería son esenciales en esta etapa.

2. Cuidado postoperatorio. En esta fase, los enfermeros reciben a los pacientes después de realizar procedimientos quirúrgicos. Cuando el paciente llegue a la planta del hospital de destino, se controlarán los signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno), y se evaluará el nivel de conciencia y la orientación en el espacio y el tiempo. El manejo adecuado del dolor utilizando escalas validadas y siguiendo las indicaciones analgésicas apropiadas es importante porque se espera un dolor de moderado a severo con estos procedimientos de trauma. El control adecuado del dolor durante la hospitalización es un aspecto muy importante de la atención.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena experiencia hospitalaria de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica por fractura de cadera es esencial que el personal de enfermería conozca y domine todos los aspectos que se presentan en este estudio, así como para su correcta recuperación a corto y largo plazo.

Por tanto, es esencial la formación sanitaria brindada a estos profesionales. Los centros hospitalarios deberían destinar muchos más recursos para formación de los que actualmente se destinan, en forma de charlas, sesiones formativas o congresos sanitarios.

Con esto no solo se conseguiría profesionales con competencias actualizadas en cuanto a cuidados enfermeros, sino que se mejoraría la satisfacción y calidad de vida de los pacientes que se atienden, en el caso de este estudio, por fractura quirúrgica de cadera. También se conseguiría optimizar recursos, ya que las estancias hospitalarias no se alargaría en el tiempo por consecuencias prevenibles derivadas de su patología.

En conclusión, es importante la formación de enfermería pero siempre debe ir acompañada de un correcto trabajo en equipo con otros profesionales sanitarios. Nuestro objetivo como profesionales de la salud debe ser que el paciente reciba una atención adecuada y personalizada a él, haciendo una valoración integral de sus necesidades para atenderlo de la forma más eficiente y con los recursos y actividades más indicados.

6 Bibliografía

1. Campos F, Girbes I, Canto M, González E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. *Rev Enf Int (España)* 2005;71:17-20.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING). Management of hip frap

Capítulo 239

EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JANETE CARINA FERNÁNDEZ PÉREZ

1 Introducción

El SII ó más comúnmente conocido como Síndrome del intestino irritable es un trastorno que produce dolor en el abdomen y cambios en movimientos intestinales y cambios significativos en el patrón evacuatorio, no es lo mismo que enfermedad intestinal inflamatoria (EII).

Su prevalencia es de entre un 10-20% de la población.

Las razones por las que se manifiesta no están claras involucrando variados factores fisiopatológicos. Entre ellos inflamación, hipersensibilidad visceral, alteraciones de motilidad etc

Se encuadra dentro de los llamados TFD ó trastornos funcionales digestivos que son síndromes sin causa orgánica obvia. Entre ellos el Síndrome de intestino irritable es de los más comunes y se conoce en términos coloquiales como colitis. Este trastorno es crónico y se da en un porcentaje alto de población como causa frecuente de consulta afectando predominantemente al sexo femenino y devaluando la calidad de vida y con altos costos sanitarios. Este síndrome se puede presentar a cualquier edad sobre todo en la adolescencia o a principios de la vida adulta. Es dos veces más común en las mujeres que en los hombres.

Su impacto puede afectar a la productividad laboral y a la vida diaria y es posible equiparar lo a una enfermedad renal crónica o diabetes por ejemplo.

Los primeros criterios utilizados para su diagnóstico fueron los criterios de Manning en 1976, ya en 1998 se desarrolló por un comité los criterios de Roma I modificándose a Roma II Y III.

2 Objetivos

Analizar las causas ,sintomatología y tratamiento del trastorno por Síndrome de intestino irritable,su etiología y síntomas así como su influencia en la calidad de vida y el apoyo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica en base a la literatura científica existente.Se ha realizado una amplia búsqueda de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos :Scielo,Medline,Pubmed,trabajando sobre artículos científicos con contenido sobre el tema de estudio.

4 Resultados

A pesar de que su etiología no es clara podemos decir que es un trastorno multifactorial. Las causas principales de su origen pueden residir en: hipersensibilidad visceral , inflamación de la pared intestinal, la motilidad, el eje cerebro-intestino sin olvidarnos de factores psicológicos.

Comenzando por la Hipersensibilidad visceral y el eje cerebro-intestino cabe destacar que nos referimos a sujetos que ante un estímulo visceral normal para ellos se presenta doloroso con sensación de querer evacuar. Estas sensaciones de dolor, náuseas, saciedad o hambre las determinan las fibras aferentes que llevan la información tanto a la médula espinal como al tallo cerebral y de ahí al hipotálamo y la amígdala entre otros por eso decimos que se establece esa relación cerebro-intestino. Esas señales hormonales que los conectan afectan al funcionamiento intestinal. Aquí no podemos obviar que los nervios en momentos de estrés hacen que los intestinos sean más sensibles y aumenten las compresiones y contracciones del mismo.

En otras palabras, estas sensaciones están arropadas por factores cognitivos ,emocionales etc En resonancia magnética cerebral de estos pacientes se puede apreciar patrones de actividad cerebral distintos afectando a la corteza insular ante-

rior que en los pacientes con Síndrome del intestino irritable no se encuentra tan activa como la corteza prefrontal izquierda.

En referencia a la inflamación podemos destacar la importancia de la flora intestinal ya que puede asociarse a esta sintomatología por su interrelación con la mucosa intestinal presentando un aumento del desarrollo bacteriano. El hallazgo de metano en la flora del colon está relacionado con el estreñimiento que pueden padecer este tipo de pacientes y justifica el uso de probióticos ó antibióticos en su tratamiento.

Como mencionamos al principio de este párrafo la motilidad (alteraciones actividad eléctrica gástrica) es otro posible desencadenante debido a que aumenta las contracciones del yeyuno y la aceleración y propulsión del Íleo además de actividad motora excesiva en función del alimento ó el estrés ,lo que afecta al colon principalmente.

Por último el factor psicológico relacionado que nos indica que más que un problema hereditario los factores ambientales y familiares desencadenantes de estrés pueden ser muy perjudiciales .

En el Síndrome del intestino irritable la presencia del dolor se sitúa en la parte baja abdominal en forma de calambre ó cólico que semeja no aliviar hasta la evacuación aunque estos pacientes suelen sufrir de diarrea tanto como estreñimiento(Escala de Bristol).

Otros síntomas pueden ser flatulencia, distensión abdominal ,evacuaciones con moco...por ello es muy importante un buen diagnóstico para descartar cualquier causa orgánica sobre todo a partir de los 50 años.Por ejemplo anemia severa, pérdida de peso etc son síntomas de alarma que nos indicarían una especificidad orgánica.

Relacionado con el Síndrome del intestino irritable podemos encontrarnos síntomas como fatiga crónica, dispareunia, dolor pélvico crónico, fibromialgia etc.

Para descartar otra patología como mínimo debemos pedir una biometría hemática completa ,exámenes de heces, tiroides, niveles de calcio y si queremos descartar enfermedades como cáncer colorrectal, intolerancia a la lactosa etc nos ayudaremos de estudios de imagen.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión,el SII es un trastorno más frecuente de lo que a priori nos podemos imaginar. Limita la vida de las personas por su naturaleza recurrente y crónica. Como profesional de la sanidad, debemos procurar una relación sin prejuicios con estos pacientes, genuina y con explicaciones claras con comprensión y apoyo

y explicarles que habrá días mejores y peores pero no por ello debemos desesperarnos .

Más de la mitad de los pacientes que quitan los lácteos, trigo y los productos gaseosos de su dieta obtienen resultados beneficiosos. Es importante incrementar el consumo de fibra paulatinamente.

También podemos animarlos al uso de terapias de relajación muscular y a evitar en la medida de lo posible el estrés ya que como hemos demostrado el estado emocional está muy ligado a los problemas digestivos.

6 Bibliografía

- Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Quigley EM.M, Schiller LR et al..
An Evidence-based systematic review on the management of irritable bowel syndrome..
, 104 (Am J Gastroenterol 2009), pp. S8-S28
[11]
- Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al..
Towards a positive diagnosis of the irritable bowel syndrome..
, 2 (BMJ 1978), pp. 653-654
- Levy RL, Whitehead WE, Von Korff MR, et al..
Intergene-rational transmission of gastrointestinal illness behavior..
, 95 (Am J Gastroenterol 2000), pp. 451-456
- Lubrano E, Iovino P, Tremolaterra F et al..
Fibromyalgia in patients with irritable bowel syndrome..
An association with the severity of the intestinal disorder, 16 (Int J Colorectal Dis 2001), pp. 211-215
[29]
- Nanda R, James R, Smith H, et al..
Food intolerance and the irritable bowel syndrome..
, 30 (Gut 1989), pp. 1099-1104

Capítulo 240

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

MONTSERRAT NUÑEZ DIAZ

1 Introducción

Es indudable que el embarazo es una etapa de ilusión y esperanza y puede ser una de las mejores experiencias para la mujer, pero por desgracia se puede convertir en una experiencia muy peligrosa, sobre todo para muchas mujeres de todo el mundo que no tienen acceso a una atención de calidad.

Las complicaciones que una mujer puede tener durante su embarazo son aquellos problemas de salud que se presentan en la etapa gestacional, ya sea por una enfermedad previa de la mujer que pueda empeorar debido a su estado, o bien aparecer a causa de este. Son complicaciones que afectan tanto a la madre como al feto. Hay factores como la edad materna, pues hoy en día la mujer tiene hijos con edades superiores a los 35 años, la obesidad, los hábitos perjudiciales (tabaquismo, drogas, medicación) que aumentan el riesgo de sufrir complicaciones en esta etapa tan especial.

Los cuidados prenatales, tanto físicos como psicológicos (ansiedad, depresión), desde el principio del embarazo está claro que pueden ayudar a disminuir el riesgo de tener problemas mayores. Por eso es muy importante llevar un control del embarazo preventivo de cualquier trastorno que pudiera aparecer para poder disfrutar de esta etapa, como lo que es, una experiencia única cuando es deseada y no una enfermedad.

2 Objetivos

- Describir las complicaciones que se pueden dar en una de las etapas más especiales de cada mujer.

- Informar sobre las causas que pueden llevar a las complicaciones del embarazo, así como los diferentes estudios para tratar este estado.

3 Metodología

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

4 Resultados

ALGUNAS COMPLICACIONES FRECUENTES:

- Diabetes gestacional: Es una enfermedad en la que hay un desequilibrio en los niveles de azúcar en la sangre y de hormona insulina en el organismo. El bebé recibe demasiado aporte de azúcar y crece demasiado.
- Alteraciones tiroideas: se producen debido a un mal funcionamiento de la glándula tiroides, encargada de producir las hormonas tiroideas que controlan el metabolismo de todo el cuerpo. Está relacionada con el desarrollo cerebral y el sistema nervioso del bebé.

Hay dos tipos de alteraciones:

- Hipotiroidismo: no produce la cantidad suficiente de hormonas.
- Hipertiroidismo o exceso de hormona tiroidea.
- Presión arterial alta: las arterias que son las que transportan sangre hacia todos los órganos del cuerpo se estrechan y la presión aumenta, esto hace que la placenta se vea privada de una buena irrigación y le llegue menos oxígeno y nutrientes al feto y por consiguiente mermar su desarrollo y aumentar el riesgo de parto prematuro.
- Preeclampsia: la preeclampsia, por lo general, comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial ha estado dentro de los valores normales hasta entonces.

La eclampsia ocurre cuando una mujer embarazada con preeclampsia tiene convulsiones o entra en coma.

- Complicaciones placentarias. Hay dos tipos:

Desprendimiento prematuro de la placenta

Placenta previa: La placenta se encuentra adherida cerca del cuello del útero.

- Trabajo de parto prematuro: el parto que ocurre antes de las 37 semanas se considera un parto prematuro. Es la causa más común de muerte infantil y la principal causa de discapacidad a largo plazo relacionada con el sistema nervioso en los niños.
- Aborto espontáneo: pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas.
- Mortinatalidad: Ocurre después de la semana 20 por anomalías cromosómicas, infecciones, problemas con la placenta, poco desarrollo fetal o problemas de salud crónicos de la madre.
- Depresión y ansiedad: Se encuentran entre las complicaciones más comunes del embarazo. Pueden tener efectos muy importantes tanto la salud de la madre como la del niño.

ALGUNAS MEDIDAS Y PRUEBAS PREVENTIVAS

- Consulta médica informativa
- Evitar sustancias tóxicas
- Pruebas prenatales de detección de ADN libre circulante. Procedimiento para detectar el riesgo de que el bebé pueda padecer algunos problemas cromosómicos.
- Ecografía especializada: Utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para detectar un problema de desarrollo anormal.
- Amniocentesis: Análisis genético invasivo para identificar ciertas afecciones genéticas y problemas graves del cerebro o de la médula espinal.
- Ecografía de longitud de cuello del útero: Para medir la longitud del cuello del útero para determinar el riesgo de parto prematuro.
- Pruebas de laboratorio: Análisis de orina para detectar infecciones de orina y para detectar enfermedades como el VIH y la sífilis.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que hoy en día parece que estamos ya muy adelantados en cuanto al desarrollo de la procreación humana, desgraciadamente aún hay muchas patologías que no se pueden detectar durante el embarazo.

Una palabra clave si queremos disfrutar de esta etapa tan especial para las mujeres, como es la etapa gestacional, es "prevención" que unido a un buen control periódico, harán que la gestación se convierta en lo que es una experiencia única y mágica para cualquier mujer.

Según organismos de Naciones Unidas, cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.

Aún hay muchos países que carecen de una sanidad considerada y de calidad, por lo que es necesario tomar medidas e invertir en una sanidad más sólida para poder promover y mejorar el bienestar maternal y así poder evitar las complicaciones del embarazo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 241

FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN PLANTA HOSPITALARIA PSIQUIÁTRICA

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

NICOLETA TALPA

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

1 Introducción

En 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad por la cual el mundo de la psiquiatría comienza una reforma integral con la que desaparecen los manicomios, dando lugar a que los hombres y mujeres, encerrados en dichos centros, pasen a formar parte del sistema sanitario teniendo derecho a recibir una atención adecuada según las necesidades de cada individuo.

A día de hoy, a nivel nacional, cada comunidad autónoma, gestiona con su sistema de salud, donde tratar al enfermo psiquiátrico, dependiendo de algunos factores como pueden ser la edad, el trastorno mental que sufra, los tratamientos a seguir, etc.

De este modo encontramos unidades de psiquiatría en el sistema sanitario público, dando cobertura a cualquier enfermo mental, intentando dar la atención adecuada según las necesidades de cada paciente.

35 años después de aprobar dicha ley se sigue luchando por la integración de los enfermos mentales en la sociedad y la humanización de sus derechos.

España cuenta con 91 hospitales dedicados íntegramente a la salud mental , pero seguimos encontrándonos con el problema de falta de profesionales y de recursos, lo que entorpece dar una atención de calidad en dichos centros.

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) en dichas plantas hospitalarias es fundamental para que el enfermo intente desarrollar una vida normal en la medida de sus posibilidades.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones de la TCAE en las unidades de salud mental.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para conseguir unos buenos resultados en nuestro trabajo diario como TCAE en plantas hospitalarias psiquiátricas, tenemos que tener claro cuáles son nuestras funciones, como llevarlas a cabo de la mejor manera, centrándonos en las necesidades de cada paciente.

Estas funciones podemos resumirlas en los siguientes apartados.

- La seguridad y el bienestar del paciente son primordiales, por lo cual con nuestro trabajo debemos garantizar estos dos objetivos.
- Debemos tener especial atención en los pacientes que corren el riesgo de caídas por un equilibrio inestable debido a la medicación, creando una inestabilidad en la marcha.

- También prestaremos ayuda a los pacientes que la necesiten a la hora del aseo, de vestirse e incluso para ir al baño.
- Supervisaremos y ayudaremos si es necesario a que mantengan limpia y ordenada su estancia con el fin de que una vez terminen su estancia en el centro puedan llevar una vida lo más normal posible.
- Igualmente, los ayudaremos a la hora de las comidas, intentando fomentar su autonomía en todo momento y por supuesto sin olvidarnos de la correcta administración de medicamentos que pudieran tener pautados.
- Intentaremos en la medida de lo posible que todo esto se realice de una manera amable y cordial, evitando así cualquier conflicto o ambiente inadecuado para este tipo de pacientes que quizás requieran más paciencia que otros.
- Y por último intentaremos que cumplan con los horarios, rutinas, a la hora de comer, de asearse, a la hora de realizar actividades tanto de ocio como formativas. Con todo lo dicho anteriormente intentaremos conseguir que la estancia en estos centros sirva de algo para un futuro fuera ellos y que estos pacientes puedan llevar una vida lo más normal posible que los dignifique y les haga sentir personas integradas en la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, Las responsabilidades del TCAE con el paciente irán ligadas en todos los aspectos al equipo interdisciplinar encargado de cada paciente para así poder coordinar una atención de calidad individualizada a para cada paciente y sus circunstancias.

Cuanto más profesionales seamos aseguraremos que la recuperación sea más fructífera y pronta.

No olvidemos el alto grado de sensibilidad de dichos pacientes, por lo que nuestro trato hacia ellos será amable, accesible y haciéndoles sentir en un ambiente lo más cómodo posible.

Y por último, debemos seguir luchando a nivel profesional para que las condiciones de trabajo sean cada vez mejores para poder ofrecer a estos enfermos una sanidad de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 242

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

HELENA MARÍN LOZANO

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

BLANCA VALVERDE LEIVA

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

1 Introducción

El estudio y manejo del sistema cardiovascular es competencia de la especialidad médica conocida como cardiología. Alberga los grandes músculos y vasos sanguíneos del corazón. Existe una rama de esta especialidad médica tanto quirúrgicos como no quirúrgicos. Un especialista conocido como cirujano cardiovascular realizará la cirugía cuando sea necesario. A William Harvey se le atribuye el descubrimiento del circuito funcional de la sangre y también es el profesor que fundó el campo de la cardiología el marco humano. Hoy en día, esta área de las ciencias de la salud es practicada por una variedad de especialistas que trabajan en equipo para garantizar que el servicio funcione sin problemas y que

los pacientes que lo requieran sean tratados de la mejor manera posible. En los países occidentales, las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte. Los hombres tienen muchas más probabilidades de experimentar esto que las mujeres. Actualmente, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en las mujeres está aumentando. Los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAE) o el equipo de salud correspondiente están siempre disponibles para ayudar al médico que ha realizado una residencia de cinco años en esta particular rama de la medicina, conocida como cardiología. Sin el apoyo de los TCAE, la labor del cardiólogo no sería posible, ya que desempeñan un papel fundamental en la atención al paciente.

2 Objetivos

- Describir las funciones y tareas requeridas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de cardiología de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Se ha desarrollado una investigación exhaustiva para realizar el trabajo basándonos en la literatura científica que se encuentra actualmente disponible. Se realizó una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica, comparando y completando toda la información recopilada de diferentes fuentes como Pubmed, Medline y Scielo, eligiendo artículos científicos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

La limpieza e higiene del paciente durante su ingreso, así como movilizarlo y modificar su postura para que no sufra otro tipo de daños al no poder moverse y/o levantarse de la cama por un período prolongado, son tareas importantes que realiza el técnico auxiliar de cuidados de enfermería en el servicio de cardiología. Debe asegurarse de que el espacio esté ordenado, bien ventilado y limpio al brindar cuidados auxiliares de enfermería. Apoyar al paciente y a sus familiares durante su ingreso es otra de sus funciones.

La comida del paciente deberá ser entregada por personal de enfermería. Es muy importante que todas estas funciones sean realizadas por el técnico auxiliar de enfermería para ofrecer una estancia agradable al paciente ingresado, con él para garantizar la mejor y más rápida mejora posible. El técnico de cuidados auxiliares

de enfermería debe asegurarse de que el paciente no haya sufrido cambios significativos durante su ingreso; si esto sucede, deberá informar inmediatamente al resto del personal de enfermería así como al médico. Los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería necesitan tener la formación suficiente para reconocer los signos de patología cardiovascular. Dolor significativo en el pecho, dificultad para respirar, debilidad en brazos y piernas y agotamiento extremo son solo algunos de estos síntomas. El técnico auxiliar de cuidados de enfermería, junto con el resto del personal médico y de enfermería, debe realizar una serie de recomendaciones a estos pacientes con patologías cardíacas, entre ellas: llevar una alimentación saludable, abstenerse de fumar y consumir alcohol, mantener un peso normal, etc.

En particular, las personas con predisposición a enfermedades cardíacas deben tomar precauciones adicionales para evitar en el presente y en el futuro sufrir este tipo de patología.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que hemos extraído del papel del técnico auxiliar de cuidados de enfermería en este capítulo es que, además de ofrecer todos los cuidados al paciente ingresado por patología cardíaca y atender todas sus necesidades, debe hacerlo, observar cualquier cambio significativo en él y comunicarlo lo más rápidamente posible al resto del equipo médico y al equipo de enfermería. Hay que tener en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son muy comunes y una de las principales causas de muerte en los países más desarrollados, por lo que es muy importante que el personal de este servicio esté completamente especializado y capacitado en todas las enfermedades derivadas del corazón, así como los conocimientos necesarios para saber abordar cualquier complicación eso puede ocurrir. . Es muy importante que el técnico auxiliar de cuidados de enfermería y el resto del personal médico asesoren al paciente con patología cardíaca.

6 Bibliografía

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

Capítulo 243

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES Y EL CUIDADO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

HELENA MARÍN LOZANO

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

1 Introducción

La guía para el "auxiliar de enfermería". El cateterismo nasogástrico se describe en el Vol. 1 como "una acción realizada por el equipo de enfermería que consiste en la inserción de un tubo a través de la nariz con diversos fines clínicos".

La sonda nasogástrica generalmente se utiliza para:

- suministrar oxígeno al paciente.
- Aspirar las secreciones bronquiales del paciente.

Sin embargo, se logran los siguientes objetivos cuando se inserta una sonda nasogástrica:

- Los pacientes que no pueden comer por sí solos son alimentados a través de una sonda.

- Recogida de muestras para realizar un diagnóstico.
- Descompresión gástrica tras un procedimiento.
- La dispensación de medicamentos.

Existe una clasificación general de los dos grupos de sondas nasogástricas actualmente en uso:

Al estar fabricadas con tubos de silicona o poliuretano que no irritan, las sondas no reactivas son las más utilizadas.

Las sondas menos populares incluyen las hechas de polietileno o cloruro de polivinilo porque son más duras e irritan la piel.

Hay muchos tipos diferentes de sondas nasogástricas disponibles en el mercado de la atención médica, según su longitud, tamaño, material de construcción y uso previsto.

La responsabilidad principal del TCAE durante la colocación del catéter es preparar el material y entregarlo al equipo médico o de enfermería.

2 Objetivos

- Describir cómo insertar una sonda gástrica y cómo utilizar el TCAE mientras lo hace.
- Enumerar los diferentes tipos de sondas gástricas.

3 Metodología

La preparación de este capítulo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se encontraron artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas por pares mediante una búsqueda exhaustiva de libros y artículos en las tres bases de datos principales: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Independientemente de qué grupo profesional realice el acto de introducir una sonda nasogástrica, el médico responsable del paciente o el personal de enfermería— siempre serán los técnicos asistenciales.

La preparación de los instrumentos necesarios para la realización de la intervención es responsabilidad de los auxiliares de enfermería. Necesita tener listos los siguientes materiales para poder hacer esto.

- Una variedad de tamaños de sondas nasogástricas. Deben estar listas sondas de varios calibres para evitar perder tiempo buscándolas una por una. El encargado de colocar la sonda decidirá el calibre adecuado para el paciente.
- Un lubricante que se disuelve en agua hace que sea más sencillo y menos doloroso para el paciente insertar la sonda.
- Guantes y gasas desechables. Las gasas pueden ser esterilizadas o no. La persona encargada de insertar la sonda debe, sin embargo, utilizar guantes esterilizados porque manipulará una sustancia que posteriormente será insertada en el cuerpo del paciente.
- Una jeringa de alimentación. Estas jeringas deben tener al menos 50 o 100 ml de volumen.
- Un estetoscopio, que se puede utilizar para comprobar la colocación de la sonda y garantizar que está en el lugar correcto.
- Cinta hipoalergénica para mantener la sonda en su lugar y evitar que se escape.
- Tapón, para detener el flujo de pienso o líquidos.

El papel del técnico al brindar atención auxiliar mientras coloca una sonda nasogástrica.

El celador será el encargado de sujetar al paciente, mientras que el técnico auxiliar de cuidados de enfermería será el encargado de brindarle a la persona que realiza la colocación de la sonda nasogástrica los insumos que necesita.

• Coloque al paciente de manera que la sonda pueda insertarse de forma segura. Con la ayuda del guardia, esta acción se completará.

• Lubrique la parte donde se insertará la sonda.

• Ayudar a fijar la sonda con cinta adhesiva; para ello se prepararán finas tiras de cinta adhesiva.

5 Discusión-Conclusión

Anteriormente, se presentó la evidencia de este capítulo científico, “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el cuidado de la sonda nasogástrica”. Funciones de los TCAE durante la inserción de la sonda nasogástrica.

Demuestra el valor de insertar una sonda nasogástrica porque puede usarse para una variedad de tareas, incluida la alimentación de un paciente que es incapaz de hacerlo por sí solo.

La responsabilidad principal del TCAE durante la colocación del catéter es preparar el material y entregarlo al equipo médico o de enfermería. De la misma manera, es crucial que el TCAE tranquilice e interroge al paciente durante todo el procedimiento, colaborar constantemente porque cuanto menos se mueve el

paciente más rápido se puede colocar y porque es una sensación muy incómoda para el paciente.

6 Bibliografía

- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 244

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS ENFERMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos cuidados que ayudan a prevenir y, cuando es tarde, a aliviar el sufrimiento de pacientes que tienen enfermedades muy graves y están en estado terminal. Los otros tratamientos no tienen efecto en su enfermedad.

Los cuidados paliativos se basan en las necesidades emocionales, psíquicas, espirituales y por supuesto, físicas del paciente. La intención es mejorar la calidad de vida del propio paciente, de sus familiares e incluso de las personas que le cuidan. Todos los sanitarios que formen parte del equipo, deberán prestar una atención de forma continuada y de la máxima calidad. Con la administración de medicinas adecuadas, se reducirá el dolor y el sufrimiento del dolor. Se procurará que el paciente, esté en las mejores condiciones posibles. Los síntomas más frecuentes, son la disnea, el dolor continuo, el delirium, las hemorragias internas y si se está consciente, el sufrimiento por el inevitable final.

El trabajo del TCAE, será fundamental para mantener al enfermo con una adecuada higiene personal hasta el último momento de su vida. Así como acompañarle, consolarle tanto a él como a su entorno familiar. Es un trabajo complejo dado que necesita empatía y mucho valor, además que no debemos sufrir delante del paciente para no empeorar más su situación.

2 Objetivos

- Enumerar la importancia que tienen los cuidados paliativos a la hora de aliviar y reducir el sufrimiento de los enfermos terminales y detallar la labor primordial que realiza el TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica. Se han estudiado varios artículos en las principales bases de datos científicas: Science Direct, Scielo, Redalyc, Vancouver. Se emplearon las siguientes palabras clave: sufrimiento, paciente terminal, cuidados paliativos, muerte, TCAE.

4 Resultados

Al poner en funcionamiento un programa de tratamiento en la unidad de cuidados paliativos por parte del centro sanitario donde se encuentre hospitalizado, se pretende mejorar las condiciones de vida del paciente, quedándole poco tiempo de vida.

Este tipo de pacientes, ya no pueden recibir cura alguna de su enfermedad, dado que no existe tratamiento posible que elimine o alivie los síntomas de ella. Cuando llegan a este punto, necesitan ayudarles para que el tiempo restante sea lo mejor posible, con el mínimo sufrimiento tanto físico como psicológico.

Son pacientes que son conscientes de su situación, que necesitan información clara y concisa acerca de su estado de salud, esto les ayudará a estar más tranquilos, a reducir su estrés emocional y a afrontar mejor la situación que tienen. También será necesario ayudar a los familiares, tanto el respeto como la comprensión por parte del personal sanitario, son imprescindibles en estas situaciones. Los allegados tienen una gran carga emocional y mucho sufrimiento por la futura pérdida.

Si el paciente lo necesita, se responderá a sus peticiones de tipo espiritual, de tipo religioso y psicológico, poniendo todo de nuestra parte para que lo reciba a tiempo. El objetivo a cumplir es que el paciente esté preparado en todos los aspectos y tenga una muerte lo más digna posible. También habrá que tener mucha empatía, asertividad, comprensión en todo momento, tanto con el paciente como con los familiares que lo acompañen en este trayecto. Todo el equipo médico, el equipo de enfermería y los TCAE tendrán que tener una actitud especialmente

abierta y sensible a los problemas, peticiones, miedos, recaídas del enfermo, de cuidados paliativos. Son situaciones muy complejas y por ello, se necesita ser gran profesional y tener una gran entereza.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados paliativos tienen como objetivo reducir y paliar el sufrimiento del enfermo terminal, el TCAE debe de cuidar y ayudar a los familiares a saber llevar estas situaciones. La finalidad es que durante, el período de tiempo, en el que el paciente permanezca en este servicio, su calidad de vida sea buena, que se le trate con respeto y cariño. Se procurará respetar siempre la dignidad del enfermo, manteniéndolo limpio y aseado.

El TCAE está perfectamente formado para ofrecer una atención al enfermo y a sus familiares de calidad y a tener asertividad y empatía hacia ellos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 245

POLYQUISTOSIS RENAL

MONTSERRAT NUÑEZ DIAZ

1 Introducción

El cuerpo humano está compuesto de varios sistemas, los cuales están formados por grupos de órganos que trabajan en coordinación para poder llevar a cabo las funciones vitales. El sistema que hoy nos ocupa es un órgano que pertenece al sistema urinario.

El sistema urinario es el conjunto de órganos que producen y eliminan orina. Se divide a su vez en dos partes:

- Sistema urinario superior: Formado por los riñones y los uréteres(vías urinarias altas)
 - Sistema urinario inferior: Formado por la vejiga y la uretra(vías urinarias bajas)
- Los riñones eliminan los desechos, filtran la sangre y mantienen el equilibrio químico del cuerpo.

Cuando este órgano falla todos los órganos del cuerpo se ven resentidos, por eso está considerado como uno de los principales órganos del cuerpo humano.

El presente trabajo trata de la poliquistosis renal, una de las enfermedades crónicas del riñón que es un trastorno que se va transmitiendo de padres a hijos. Es una enfermedad devastadora, afecta en España a unas 23.000 personas, y no se puede evitar, puesto que es una anomalía genética y hereditaria. Hoy en día, aunque a través de la diálisis y los trasplantes de riñón los enfermos pueden ir viviendo, aún queda mucho camino que recorrer.

2 Objetivos

- Describir una de las enfermedades más dañinas de esta época.

- Explicar qué tipo de enfermedad es, sus causas y tratamientos.
- Exponer los porcentajes que existen, así como su evolución en nuestro país.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 poliquistosis renal como estamos viendo es una de las enfermedades del riñón, en este caso se produce una deficiencia renal causada por numerosos quistes (sacos llenos de agua) que se van formando en el riñón y poco a poco van anulando su función, el cuerpo va acumulando desechos causando graves problemas de salud. Cuando los riñones lleguen a perder su función, sería necesario someterse al tratamiento de la diálisis o, en cuanto se pueda, a un trasplante de riñón. Como dato para hacerse una idea de lo que los quistes pueden alterar el riñón sano, decir que lo normal es que un riñón sano mida 12 o 13 cm. y pese 400-500 g y el riñón poliquístico puede llegar a medir 40 cm y pesar hasta 10 kilos.

La poliquistosis renal tiene dos variantes:

- Enfermedad poliquística renal autosómica dominante:
- Enfermedad poliquística renal autosómica recesiva

-Enfermedad poliquística renal autosómica dominante (PQRAD)

Esta variante solo provoca quistes en los riñones. Se le llama también "poliquistosis renal del adulto", ya es probable que las personas que tienen este tipo de patología no noten ningún síntoma hasta que tienen entre 30 y 50 años.

La PQRAD es la enfermedad renal hereditaria más frecuente, constituye la tercera causa de enfermedad renal crónica terminal en edad adulta.

Tratamiento:

Una vida sana, con ejercicio físico y unos buenos hábitos de salud son determinantes. En el momento que ya los riñones dejen de funcionar, hay que empezar

a recibir diálisis(hace las funciones que el riñón no puede) hasta poder recibir un trasplante para poder seguir viviendo.

Trasmisión:

- Para nacer con PQRAD es suficiente con que el padre o la madre la tenga.
- Si solo el padre o la madre tiene PQRAD, se tiene un 50% de probabilidad de nacer con ella.
- Si tanto el padre como la madre tienen PQRAD, se tiene un 75% de probabilidad de nacer con ella.

Hay ocasiones en que la alteración genética causante de la PQRAD puede aparecer por sí sola a lo largo de la vida sin que ni el padre ni la madre le hayan transmitido a la persona el gen alterado. Esto solo sucede en 1 de cada 10 personas que tienen PQRAD.

-Enfermedad poliquística renal autosómica recesiva (PQRAR):

Esta variante provoca la formación de quistes en los riñones y el hígado. También se la llama "poliquistosis renal del lactante" porque los bebés pueden ya presentar signos de la enfermedad en los primeros meses de vida, e incluso antes de nacer.

Tratamiento:

Diálisis, trasplante renal, trasplante hepático, hormonas de crecimiento, medicamentos para bajar la tensión arterial y antibiótico para las infecciones.

Quistosis renal adquirida

Como sucede en la poliquistosis renal, se forman quistes, pero las personas con esta patología no nacen con los quistes.

Es más frecuente en quienes llevan mucho tiempo con insuficiencia renal y aparece casi siempre en personas que están en diálisis, pero no es la diálisis la que provoca los quistes.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad poliquística renal afecta a más de 12.5 millones de personas en el mundo. La forma autosómica dominante se encuentra en promedio en 1 cada 800 individuos.

La forma autosómica recesiva afecta a 1 cada 20.000-40.000 individuos.

El número de españoles que necesitan tratamiento renal sustitutivo, es decir, diálisis o trasplante alcanza ya las 65.740 personas. En 2021 (último año con datos registrados), más de 7.000 personas iniciaron diálisis en España.

Se optará por tratamientos farmacológicos en casos leves, principalmente dirigidos a paliar, incluso la realización de drenajes de los quistes, que mejorarán puntualmente el dolor. Por la diálisis en casos graves e, incluso, por un trasplante de riñón cuando la función renal esté anulada.

Por todo esto resulta decisivo una atención multidisciplinar desde el momento del diagnóstico, en la que la atención sanitaria es considerada como uno de los factores fundamentales en el tratamiento, en la escucha y en la orientación tanto para los pacientes con poliquistosis renal como para sus familiares.

6 Bibliografía

- 1- <https://medlineplus.gov/spanish/chronickidneydisease.html>
- 2- https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_poliqu%C3%ADstica_renal#Autos%C3%B3mica_dominante
- 3- https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/poliquistosis-renal-enfermedad-todavia-erradicar_1_3213788.html
- 4- <https://www.kidneyfund.org/es/sintomas-tratamiento-y-causas-de-la-poliquistosis-renal>.OCTUBRE 2022.

Capítulo 246

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

1 Introducción

La especialidad médica de urología abarca todas las enfermedades relacionadas con los órganos renales, al sistema urinario de la mujer y del hombre, y las del órgano genital del hombre, desde la perspectiva de prevenir, diagnosticar e intervenir quirúrgicamente.

Entre los órganos que atiende la urología se pueden encontrar, la vejiga urinaria, los riñones, la próstata, el pene, el escroto, los testículos, los uréteres y la uretra, etc., desde el carácter asistencial de cirugía en quirófano, hasta las exploraciones en consultas o el ingreso en la unidad de hospitalización.

Las administraciones sanitarias de todas las comunidades autónomas pusieron en marcha un programa de detección precoz del cáncer de próstata para los hombres

mayores de cincuenta años, realizando revisiones y detectándose problemas en la próstata en un porcentaje del diez por ciento de los varones explorados.

Entre las pruebas diagnósticas y complementaria que se realizan en el servicio de urología para la detección del cáncer de próstata y otras enfermedades relacionadas, se encuentran, las ecografías renales, para observar los riñones y la vejiga urinaria; la flujometría de vejiga para estudiar el volumen de la misma, así como el estado de los uréteres y la uretra; y las citoscopías, para estudiar la próstata.

En el servicio de urología se encuentran los especialistas en la materia, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

2 Objetivos

- Conocer la funcionalidad del servicio de urología y sus unidades.
- Describir la labor que el TCAE realiza en las unidades que componen el servicio de urología.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

- Funciones del TCAE en las consultas externas de urología.

El TCAE tiene como principal labor en las consultas externas de urología la gestión de las citas programadas y ambulatorias de los pacientes. Con el programa adecuado en el ordenador, el TCAE, va inscribiendo a los pacientes para los días señalados, llamándolos vía telefónica para la confirmación de dicha cita, y que el día señalado no existan huecos vacíos sin programación.

En la sala de espera los pacientes esperan su turno, que bien, aparecen, con las letras de su volante en la pantalla de información, o bien, son llamados para que se dirijan al número indicado.

Dentro de la consulta, el TCAE, ayuda al urólogo, en la entrega del material que necesite para la consiguiente exploración del paciente, gel para las ecografías, gasas, etc., paciente que previamente ha tapado el TCAE, preservando la intimidad del mismo, las partes genitales.

Una vez el paciente sale de la consulta, el TCAE, inscribe en la agenda de revisiones al paciente, entregándole el volante de la siguiente revisión, así como le informa de los servicios donde debe dirigirse, en el caso, de tratamiento con medicación hospitalaria o petición de alguna otra prueba complementaria.

-Funciones del TCAE en la planta de hospitalización de urología.

En la planta de urología están ingresado los pacientes con enfermedades relacionadas con la especialidad, unos reciben el tratamiento prescrito por el profesional, otros reciben los cuidados después de ser intervenidos y los últimos que esperan a ser operados en el quirófano del servicio.

El TCAE rellena diariamente la hoja de ingreso de planta del paciente, anotando los cambios de sueros fisiológicos, la toma de constantes vitales y las posibles anomalías o incidentes que se haya producido con el paciente.

-Funciones del TCAE en el quirófano.

El TCAE, una vez preparado el paciente, es decir, ha revisado todos los accesorios que tiene el paciente, vías colocadas, sueros bien colgados, ha quitado al paciente la ropa y lo ha cubierto con un paño estéril, llama al celador para su traslado al quirófano.

En el quirófano, el TCAE, colabora con el anestesista y con el urólogo en todas las demandas y en la entrega de elementos que necesiten, para pasar después de la operación al paciente, a la zona de recuperación de la misma, donde el TCAE, atiende al paciente, observando la evolución, en el cambio de sueros y en la movilización del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones ejercidas por el TCAE dentro del servicio de urología y de las unidades que lo componen, permiten a la enfermera que los cuidados ofrecidos al paciente, intervenido o en proceso de intervención, se realicen con normalidad y con eficiencia, dentro del marco funcional y metodológico del servicio.

Dentro de la organización del equipo de profesionales que están en el servicio, el TCAE, es parte fundamental, desarrollando labores de asistencia, cuidados y colaboración, tanto con el resto del equipo, como en la atención de los pacientes. La amplia formación del TCAE en las diferentes técnicas empleadas en las pruebas complementarias, facilita el trabajo del urólogo, así como en la realización de

las intervenciones quirúrgicas.

6 Bibliografía

1. Servicio de urología. Disponible en: <https://www.revistaurologial.com>.
2. El TCAE en el servicio de urología. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Funcionamiento de la unidad de urología. Disponible en: <https://www.chospab.es>.

Capítulo 247

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

1 Introducción

La ginecología como especialidad médica atiende todas las enfermedades y patologías que están relacionadas con el aparato reproductor de la mujer. La ginecóloga o ginecóloga, son los especialistas de dicha rama de la medicina, que se encargan del estudio y exploración de los ovarios, vagina y el útero femenino para la detección y prevención de posibles anomalías en el futuro.

Este estudio y seguimiento se realiza a la mujer, desde que tiene la primera regla hasta la última o menopausia, siempre con el objetivo de que esos órganos anteriores se encuentren en buen estado de salud y de reproducción. También se encargan de realizar técnicas para la reproducción asistida.

Entre las patologías más frecuentes del aparato reproductor femenino, se encuentran los pólipos en el ovario, el crecimiento anormal del endometrio, y las enfermedades venéreas y de transmisión sexual, como el sida.

La atención para el estudio de sus órganos reproductivos se realiza en el servicio de ginecología del centro hospitalario, servicio que cuenta con las unidades de hospitalización, la unidad de quirófano y la unidad de consultas externas, junto a un equipo de profesionales, compuestos por, ginecólogas y ginecólogos, enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería y celadores.

En este trabajo se van a enumerar las funciones que el TCAE realiza en las consultas externas del servicio de ginecología.

2 Objetivos

- Explicar qué es la ginecología y qué enfermedades trata.
- Describir las funciones que el TCAE ejerce en las consultas externas de ginecología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como otras fuentes de internet.

4 Resultados

El TCAE en la consulta de ginecología realiza funciones que están a medias entre las funciones sanitarias y las funciones administrativas. Entre estas funciones, el TCAE es el encargado de realizar y componer las agendas médicas del especialista, es decir, programar las consultas ambulatorias de las pacientes.

Estas consultas pueden proceder de la derivación del médico de cabecera o de familia del centro de salud de atención primaria, o de otras consultas del centro hospitalario. Además, en la programación ambulatoria de las consultas, el TCAE, solicita la historia clínica de la paciente, que debe estar, en la mesa del especialista, para su observación y estudio por el mismo. Vía telefónica, el TCAE, realiza las llamadas de confirmación de asistencia a la consulta de las pacientes

ambulatorias y programadas. Aunque, en ocasiones, acuden a consulta, mujeres que están ingresadas en la unidad hospitalaria de cualquier especialidad para la exploración por el ginecólogo.

Por orden de la agenda, el TCAE, recibe a las pacientes, y las coloca, en caso necesario, en la mesa o potro de exploración, para la exploración y estudio por la ginecóloga o ginecólogo. En esta acción, el TCAE, provisto de guantes de protección, retira toda la ropa interior de la paciente, y le coloca, preservando su intimidad, una sabanilla por arriba. El ginecólogo observa a la paciente, y el TCAE, entrega todo el instrumental para la exploración al ginecólogo, por orden de demanda, espéculos, espátulas, pinzas, lupa, etc.

Terminada las consultas del turno, son generalmente por las mañanas, el TCAE, limpia y recoge todo el material de la sala, y llama al celador de las historias clínicas, para su devolución al archivo del hospital. Del mismo modo recoge toda la ropa de lencería sucia y la coloca en bolsas que serán retiradas por el servicio de lencería.

5 Discusión-Conclusión

Hay que resaltar la importancia que tiene el TCAE en la consulta de ginecología, para que su correcto funcionamiento se lleve a cabo diariamente. Esta importancia se observa en la gestión de la agenda médica y de la programación de los pacientes ambulatorios, colaborando en la disminución de las listas de espera, cuando realiza las llamadas de asistencia para cubrir citas no confirmadas.

El TCAE en la exploración de la paciente, debe siempre, cubrir, sus partes íntimas con una sábana o colcha, para preservar su intimidad, y guardar el secreto profesional en la encuesta que el ginecólogo le realiza a la paciente, sobre todo, si se refiere, a enfermedades venéreas o de contagio.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en consultas externas. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El TCAE en consultas externas. Disponible en: <https://es.talent.com>
3. Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Capítulo 248

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE EXPLORACIONES DIGESTIVAS

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

1 Introducción

La unidad de exploraciones digestivas, llamadas también funcionales, por su relación con el normal funcionamiento de los órganos que integran el aparato digestivo, se encarga de diagnosticar las enfermedades producidas por el anormal funcionamiento del aparato digestivo, como son, el síndrome del intestino irritable, el estreñimiento en todas sus facetas, la incontinencia anal, etc.

Estas enfermedades, en pleno siglo XXI, suponen el diez por ciento de las enfermedades que aquejan al ser humano, y cuyas consecuencias son los problemas en la alimentación para tragar los alimentos, los vómitos, las diarreas, los ardores, etc., entre otros, y que dificulta la normalidad del desarrollo vital de la persona.

Últimamente, se ha desarrollado en las exploraciones digestivas la utilización de la endoscopia digestiva, que consiste en la introducción de un tubo con la cámara de observación al final del mismo, y que se introduce por el ano del paciente, para el estudio o la extirpación de pólipos en los intestinos. Es una prueba que se realiza con los más nuevos avances en la tecnología endoscópica y que se puede realizar con sedación, con lo cual el paciente, no siente ningún indicio de la prueba.

Además de esta prueba, se realizan otras, como gastroscopias, colonoscopias, broncoscopias, etc.

2 Objetivos

- Explicar la funcionalidad de la unidad de exploraciones digestivas.
- Conocer las funciones ejercidas por el TCAE en la unidad de exploraciones digestivas.

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 unidad de exploraciones digestivas se conforma en consultas numeradas, dotadas cada una de ellas de monitores, porque el paciente, máxime cuando las pruebas se realizan con sedación, están monitorizados durante la misma. Estas consultas están constantemente vigiladas por todo el equipo de profesionales que trabajan en las mismas, entre ellos el TCAE, presente en cada una de ellas. Así, el TCAE, en la consulta de endoscopias, colonoscopias o broncoscopias, llama a los pacientes a la sala de espera, indicando la consulta donde debe pasar. Le atiende, indicándole, el vestuario, para que se despoje de las ropas de calle que trae y le facilita un camisón abierto, que facilitará la realización de la prueba.

El TCAE informa al paciente y le retira todos los accesorios que lleva colocados, como medallas, pulseras, pendientes, relojes, colgantes, etc., porque no puede portarlos durante la prueba. Estas joyas el TCAE, los entrega los familiares del paciente.

Muchas de estas pruebas se realizan con sedación, por lo que exige, que el anestesista esté al pie de camilla para la paulatina introducción del anestésico.

El TCAE prepara todo el instrumental necesario para las exploraciones, tubos digestivos, para las broncoscopias, en endoscopio, para las endoscopias y colonoscopias, pinzas, gasas, etc., todo lo necesario para la realización de la prueba. En las endoscopias, el TCAE, colabora en la colocación del paciente en la camilla de la sala, incorporando el oxígeno centralizado al paciente, e informándole que se ponga en posición de decúbito lateral. Durante las realizaciones de las diferentes pruebas, el TCAE, permanece en la sala, por si fuese necesario aportar algún aparato o instrumento a la misma.

Una vez finalizada la exploración, el TCAE, recoge de nuevo todo el instrumental para llevarlo a esterilizar, recogiendo en cada traslado del material, el nuevo ya esterilizado.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE realiza su labor en la unidad de exploraciones digestivas con total dedicación y atención en todas sus acciones. Su trabajo contribuye de manera fehaciente en la correcta realización de la prueba y exploración que al paciente se le práctica. Es muy importante la asistencia a la prueba, del TCAE, porque indica al celador, colaborando en ello, la movilización del paciente en cada momento de la ejecución de la misma.

Todo el personal que participa en la realización de la prueba, enfermera, especialista en digestivo, anestesista y el TCAE, tienen que respetar la intimidad del paciente, recayendo esta responsabilidad, en mayor medida, en el TCAE, que deberá cubrir al paciente en todo momento.

6 Bibliografía

1. El trabajo del TCAE en las endoscopias. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones del auxiliar de enfermería 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 249

LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RAQUEL RUBIO PRESTEL

LIDIA GARCIA GARCIA

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

1 Introducción

El Parkinson es una enfermedad neurológica y degenerativa que podemos definir como la “parálisis que no para”. Esta enfermedad se desarrolla con una serie de temblores de carácter involuntario de partes del cuerpo que están en reposo. Generalmente, el paciente que la padece tiende a ir perdiendo masa muscular y aparecerán signos de enfermedad neurológica como dificultad al caminar, al movimiento voluntario e incluso pérdida de capacidades mentales.

En nuestro país el Parkinson es una enfermedad bastante común dentro de las denominadas enfermedades degenerativas. Es una enfermedad que a día de hoy no tiene cura, aparece en torno a los 50 o 60 años y a partir de ahí lo único que se puede hacer es tratarla para intentar que la persona que la padezca tenga cierta calidad de vida.

Los técnicos auxiliares de enfermería tienen respecto a este tipo de pacientes una serie de funciones muy importantes, ya que el enfermo de párkinson con el avance de su enfermedad va a necesitar de mayores cuidados y atenciones.

Es una enfermedad que aparece y algunas veces no se detecta debido a que no existe aún hoy en día ninguna prueba médica que la pueda determinar, por lo que a veces un paciente puede tardar años en ser diagnosticado y esto conlleva un problema, puesto que un diagnóstico precoz puede asegurar al enfermo una mayor calidad de vida.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste la enfermedad del Parkinson, sus causas y sus consecuencias.
- Informar sobre los cuidados que tendrá que llevar a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización del presente trabajo hemos llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones relacionadas con la enfermedad del Parkinson. Así como hemos consultado diferentes bases de datos como Medline y Scielo empleando términos como Parkinson, enfermedad neurodegenerativa, parálisis.

4 Resultados

Como hemos explicado anteriormente, la enfermedad del Parkinson es una enfermedad degenerativa muy difícil de diagnosticar, que suele tener mayor incidencia entre el género masculino.

Esta enfermedad no aparece con unos síntomas claros, por eso muchas veces es muy difícil detectar.

Pero como la mayoría de las enfermedades degenerativas, aparece en un estadio leve y el paciente pasa por diferentes etapas.

La primera de ellas es en la que el enfermo generalmente empieza a notar ciertos temblores, suele ser en las manos. Posteriormente, esta afectación se va extendiendo al resto de miembros y ya cuando el paciente entra en un estadio un poco más grave, verá afectado su equilibrio, haciéndose más dependiente. Por último,

cuando hablamos de la última fase de la enfermedad, nos encontramos ya con un paciente totalmente dependiente, aparecen síntomas graves de demencia y los músculos están más paralizados, incluso puede verse afectada la masticación y la deglución.

Aquellos pacientes que sufren este tipo de enfermedades, que son crónicas y van deteriorando a la persona, tienen que ser hospitalizados con bastante frecuencia. Es en este momento donde cobra mayor relevancia la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Es muy importante saber cómo profesional con qué tipo de paciente se está tratando, ya que el enfermo de Parkinson en sus estadios iniciales es plenamente consciente de lo que le está sucediendo, por lo que pueden aparecer episodios de ansiedad o depresión. Y es tan importante prestar cuidados como el aseo o la administración de alimentos, como el intentar entender al paciente y poder empatizar con él o ella.

Los auxiliares de enfermería tienen una gran responsabilidad con estos enfermos, puesto que en etapas iniciales de la enfermedad es muy importante prestar los cuidados necesarios, pero siempre intentando fomentar la autonomía del propio paciente

Como en casi todas las enfermedades degenerativas, es de vital importancia luchar contra el paso del tiempo para que esa persona pueda mantener sus capacidades cuanto más tiempo mejor, siempre en la medida de lo posible, ya que todos los pacientes no son iguales ni presentan las mismas características ante una misma enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar, es necesario explicar que este tipo de enfermedades no tienen cura ni tratamiento en sí. Se tratan los síntomas de manera aislada porque cada paciente experimenta una sintomatología diferente, aunque común a la enfermedad.

Los profesionales sanitarios, en este caso los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, deben conocer a la perfección al paciente que están tratando, para de este modo poder ofrecer una atención mucho más completa.

La formación en el ámbito sanitario de cómo manejar las enfermedades degenerativas debería ser algo imprescindible, tanto a nivel físico como psicológico. Al final, lo que se pretende es ofrecer al enfermo una atención de calidad por parte de cada uno de los diferentes profesionales sanitarios, y para ello la educación y la formación son imprescindibles.

6 Bibliografía

1. El TCAE y los cuidados al paciente con Parkinson - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).
2. Manejo del paciente con enfermedad de Parkinson. (revistasanitariadeinvestigacion.com).
3. GUIA-SOBRE-LA-EP.-FEP-PARKINSON.-Accesible.pdf (esparkinson.es).

Capítulo 250

CLASIFICACIÓN DE VACUNAS

ALICIA MENÉNDEZ GARCÍA

XANA MÉNENDEZ GARCÍA

1 Introducción

Las vacunas son productos biológicos que contienen uno o varios antígenos y son administradas con el objetivo de prevenir enfermedades infecciosas a personas susceptibles de padecerlas.

Las vacunas recrean la enfermedad sin producir la infección, y de esta manera estimulan el sistema inmunitario para que este desarrolle defensas que actuarán en el momento en que se contacte con el microorganismo que produce la infección y la enfermedad.

Con la administración de las vacunas se está protegiendo al individuo de enfermedades que pueden ser muy frecuentes y graves, invalidantes o incluso mortales. Además, cuando se vacuna un porcentaje importante de la población, este efecto protector beneficia también a personas no vacunadas, generando la inmunidad de grupo, colectiva o de rebaño.

Actualmente, y en nuestro país, muchas de las enfermedades frente a las que disponemos de vacunas han desaparecido o están muy controladas gracias a la vacunación. Si se dejase de vacunar, probablemente podrían volver a aparecer.

En nuestro país existe el comité asesor de vacunas (CAV) que es un organismo responsable en ser el portavoz de todo lo relacionado con las vacunas, su objetivo es realizar recomendaciones anuales del uso de vacunas comercializadas en España para los niños y adolescentes en nuestro país.

2 Objetivos

Informar sobre las características comunes de las vacunas y aspectos claves de estas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 se pueden clasificar en cuatro categorías.

Según el tipo de agente de la composición, las vacunas pueden ser víricas (Fiebre amarilla, Rotavirus, Triple Vírica, Varicela, Hepatitis A y B, Virus del Papiloma Humano, Gripe y Rabia) o bacterianas (Neumococo 13, Neumococo 23, Meningococo B, Meningococo ACWY, Tétanos y Difteria).

Por lo general las vacunas que nos ponemos no duran para toda la vida, muchas veces tenemos que ponernos unos refuerzos, en el caso de los niños la primera dosis de la triple vírica es entre los 12 y los 15 meses de edad y la segunda dosis entre los 4 y los 6 años de edad.

Según el estado del agente de la composición, las vacunas pueden ser vivas/atenuadas o muertas/inactivadas. Las vacunas inactivadas están formadas por microorganismos vivos sin virulencia. Se administran por vía subcutánea. Las vacunas inactivadas contienen agentes patógenos tratados con métodos físicos (calor) o químicos (formol). No hay patogenicidad, por lo que se pueden administrar a embarazadas e inmunodeprimidos. La vía de administración es la intramuscular.

Según el tipo de partícula antigénica que lleve la vacuna, en su composición se pueden clasificar en vacuna monovalente, polivalente o combinada.

Las vacunas monovalentes contienen un solo serotipo de un microorganismo. Las vacunas polivalentes contienen distintos serotipos de un mismo microorganismo. Las vacunas combinadas contienen más de un componente antigénico de uno o diferentes microorganismos y se administran conjuntamente en una sola inyec-

ción, simplificando los programas de vacunación. Las vacunas combinadas mejoran las coberturas, ya que facilitan la oportunidad de vacunación, disminuyendo el número de inyecciones.

Según su uso sanitario, las vacunas se clasifican en vacunación sistemática, cuando están incluidas en un calendario de vacunación oficial o en vacunación no sistemática, si las vacunas no se administran como parte de un programa de salud pública, tienen una indicación individual ante una situación particular de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, las vacunas se pueden clasificar en función del tipo de agente de la composición, según el estado del agente de la composición, según el tipo de partícula antigénica y según su uso sanitario. También hay que tener en cuenta que el personal sanitario no puede ejercer presión si los pacientes no desean vacunarse, lo único que podrán hacer los profesionales de la salud es proporcionar a los pacientes la máxima información acerca de las vacunas a administrar, explicando el beneficio de su aplicación, así como las posibles reacciones adversas que se pueden presentar y que hacer en caso de que alguna de estas ocurra.

6 Bibliografía

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

Capítulo 251

PACIENTE INFECCIOSO: LAS ZOONOSIS

ALICIA MENÉNDEZ GARCÍA

XANA MÉNENDEZ GARCÍA

1 Introducción

Las zoonosis son aquellas enfermedades e infecciones que se transmiten de forma natural entre los animales vertebrados y el ser humano, y viceversa. Se pueden transmitir por contacto directo, por contaminación del medio ambiente o a través de alimentos contaminados. Pueden ser causadas por diferentes agentes, como parásitos, virus o bacterias. Los parásitos son organismos que pueden encontrarse por fuera del animal, viéndolos a simple vista o por dentro. Las bacterias son microorganismos muy pequeños, no visibles a simple vista y pueden ser saprofitas que no generan enfermedades o patógenas que sí generan enfermedades. Y los virus, que son microorganismos muy pequeños que necesitan de las células para poder vivir y multiplicarse, por lo tanto, son muy resistentes. Se reproducen muy rápido, por eso infectan deprisa por contacto directo.

En España los que más destacan son la Rabia, Leptospirosis, Brucelosis, Tularemia, Triquinosis, Toxoplasmosis. Dentro de la zoonosis se clasifican en:

- No alimentarias que son patologías que se transmiten directamente del animal al hombre sin falta de una transición alimentaria.
- Alimentarias aquellas las cuales sí se transmiten a través de un alimento.

En España en los últimos años ha aumentado los casos de zoonosis y entre las posibles causas se encuentran la globalización.

2 Objetivos

- Dar a conocer los diferentes casos de zoonosis más conocidos que hay en España, cómo se producen y que síntomas dan.
- Explicar cómo se pueden prevenir los casos de zoonosis.

3 Metodología

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

Uno de los casos más conocidos de zoonosis sería Rabia que es causada por un virus, este entra al huésped a través de heridas producidas por la mordedura de un animal infectado. El reservorio más frecuente en la transmisión de la rabia al ser humano es el perro, dando lugar a lo que se conoce como ciclo doméstico. Los murciélagos también son un reservorio frecuente. La saliva del animal rabioso es el vehículo de infección.

La Leptospirosis se trata de la zoonosis bacteriana de mayor distribución a nivel mundial, con mayor prevalencia en zonas tropicales y países con climas templados como España. El reservorio más común son los roedores, la transmisión se produce por contacto directo o indirecto con la orina de animales infectados o por la ingesta de comida o agua infectada. Los trabajadores deben cumplir con medidas de prevención adecuadas (equipos de protección, higiene de manos, cambio de ropa)

La Brucelosis afecta habitualmente a personas que trabajan con animales o en laboratorios. El agente causal es bacterias. En España el reservorio más habitual es el ganado ovino y caprino. El modo de transmisión puede ser mediante la ingestión de productos de origen animal proveniente de animales (leche cruda o lácteos frescos sin pasteurizar), contactos con tejidos, sangre, orina o inhalación por vía aérea.

La Tularemia, su reservorio son pequeños mamíferos y roedores (ratones, ratas, ardillas, conejos y liebres).

La infección en humanos se produce a través de una mordedura de animal salvaje infectado, aunque también puede transmitirse por garrapatas. Los síntomas más frecuentes son fiebres altas, cefaleas y malestar.

La Triquinosis, el agente causal, es un parásito intestinal, su reservorio más frecuente son el cerdo y el jabalí. El ser humano se infecta al consumir carne o productos cárnicos crudos o mal cocinados, provenientes de animales infectados. Los síntomas son similares a una gastroenteritis.

La Toxoplasmosis, el agente causal, es un protozoo parasitario, suyo principal reservorio es el felino. Los gatos pueden contagiarse al ingerir aves y roedores infectados y transmitirla a través de las heces. En las mujeres embarazadas que se infectan durante el embarazo, pueden producirse una transmisión placentaria al feto, dando lugar a infección y abortos.

5 Discusión-Conclusión

Los métodos de prevención de las enfermedades zoonóticas difieren para cada patógeno, por tanto, la actuación frente a estos es distinta.

Hay que seguir unas directrices frente al cuidado de los animales en el sector agrícola ayudan a reducir la posibilidad de que se produzcan los diferentes brotes de enfermedades zoonóticas en este caso de origen animal. Cuidando los productos alimenticios como la carne, los huevos, los productos lácteos o incluso las verduras.

También un buen método de prevención sería las diferentes campañas de lavado de manos después del contacto con animales.

Un factor que complica el control y prevención de las zoonosis son la resistencia a los antimicrobianos.

6 Bibliografía

https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/vigilancia_zoonosis.htm

<https://www.mapa.gob.es/es/ganaderia/temas/sanidad-animal-higiene-ganadera/sanidad-animal/zoonosis-resistencias-antimicrobianas/zoonosis.aspx>

Capítulo 252

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA NUTRICIÓN DE LOS PACIENTES

SANDRA COTILLAS LOPEZ

ANA BELÉN GABALDON MARTINEZ

1 Introducción

La alimentación y la nutrición son dos procedimientos relacionados. El primero es un acto voluntario y el segundo es acto involuntario. Las costumbres alimentarias del ser humano influyen en la nutrición y en la necesidad de nutrientes del ser humano y del cuerpo humano.

El ser humano tiene un estilo de vida y, por lo tanto, una serie de hábitos alimentarios que junto con el ambiente generan un tipo de físico del cuerpo. Se debe tener una elección adecuada de alimentos en la dieta diaria que sea variada y con todos los tipos de nutrientes que ofrecen los alimentos.

Una dieta se trata de la ingesta de alimentos de los que el cuerpo extrae los nutrientes para utilizarlos para las diferentes funciones del cuerpo. Para poder realizar esta función es necesario una dieta variada, equilibrada y suficiente para un correcto desarrollo del ser humano.

Suele ser, en un primer momento, el equipo multidisciplinar el que aconseja sobre el valor nutricional y el tipo de ingesta que debe tener el paciente. Se suelen dar consejos para que los nutrientes que el cuerpo utiliza sean los que necesita y de esta manera se tenga un adecuado estado de salud que previenen las enfermedades y patologías propias de una ingesta inadecuada que suelen ser muchas.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos relacionados con la nutrición por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, identificando la importancia de la nutrición y alimentación saludable como términos relacionados.

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 nutrición, hidratación y cuidados de la alimentación, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, alimentación, nutrición, hidratación. Se excluyen aquellos textos sin acceso gratuito y publicado hace más de 15 años.

Se han buscado palabras claves como nutrición, alimentación, hábitos de vida saludable, entre otros.

4 Resultados

La idea de la nutrición tiene como finalidad el prevenir y cuidar la salud de la persona, para reducir el riesgo de padecer enfermedades que puedan tener relación con la alimentación y el control de aquellas propias de la ingesta elevada o insuficiente de ciertos alimentos que serán nutrientes a posteriori.

En los últimos tiempos, los estilos de vida, en España, que incluyen la alimentación, han variado mucho pese a tener en sus manos la dieta mediterránea, que es la mejor para cuidar el cuerpo. Actualmente, las personas se alimentan y nutren de forma deficiente por su excesivo consumo de proteínas, grasas animales y azúcares, evitando o no injiriendo verduras y frutas.

Esto provoca una serie de carencias de nutrientes al no ingerir ciertos alimentos, con lo que se padecen enfermedades y problemas de salud que antes no existían. Actualmente, los estudios que se realizan han demostrado que existen una serie de carencias de nutrientes que llevan a padecer enfermedades que antes no padecía el ser humano, entre ellas la hipertensión arterial, osteoporosis, diabetes, entre otras sin olvidar la obesidad.

Para ello, se realizan campañas para cambiar los estilos de vida y los hábitos alimentarios de los pacientes y de las personas que atiende el sistema nacional de salud.

La nutrición genera una serie de nutrientes que son elementos químicos básicos para que crezca y se mantenga el organismo, porque son los encargados de aportar elementos que favorecen una serie de funciones del cuerpo humano:

- La función energética.
- La función estructural.
- La función reguladora.

Existen algunos nutrientes que el cuerpo humano sintetiza de forma autónoma, pero en su gran mayoría los recibe de la alimentación y del proceso de síntesis que el cuerpo realiza y convierte en nutrientes.

Por ello, es básico aprender los nutrientes que cada alimento nos aporta para poder desarrollar nuestro organismo de las sustancias que necesita no solamente para crecer, sino también para protegerse y desarrollarse adecuadamente. Los nutrientes son hidratos de carbono, proteínas, lípidos, minerales, vitaminas y agua. Con un consumo de forma equilibrada de estos nutrientes y los hábitos de vida provoca que nuestro cuerpo se estructure y funcione correctamente, sin caer en la obesidad o toxicidad o por la desnutrición o deficiencia.

Las fuentes alimentarias de carbohidratos y vitaminas son las frutas y las verduras. Estas vitaminas y minerales aportan ciertos nutrientes que no puede generar el cuerpo humano. Otros carbohidratos que facilitan los alimentos son los granos enteros y la fibra que hay en ellos. El hecho de comer estos alimentos nos da la energía suficiente para tener la energía diaria. A la alimentación, se debe incluir las horas de sueño adecuadas, unas 8 en base a la vitalidad de cada uno.

El desayuno se considera la comida más fuerte del día, siendo la cena la comida en la que menos se debe ingerir para llevar una alimentación saludable.

5 Discusión-Conclusión

El hecho y la costumbre de alimentarse recibe el nombre de régimen alimentario que se conoce como dieta. El conjunto de sustancias que alimenta el cuerpo termina generando una serie de hábitos que terminan por generar un estilo de vida. Este estilo lo llevan a cabo todos los seres humanos y es la alimentación y nutrición la base del cuidado del cuerpo.

Se conoce la pirámide nutricional, pero en la actualidad se promueve el famoso plato de Harvard a nivel de alimentación que educa en dividir el plato en cuatro partes, siendo dos de ellas de verduras, una de proteínas y otra de hidratos.

La dieta mediterránea es una de las mejores que se conoce y lleva a realizar una serie de ingesta de alimentos que serán nutrientes en nuestro cuerpo. El hecho

de desayunar ayuda a quemar grasas y se debe comer entre cinco y seis veces cada día, de tal manera que el cuerpo no se desacelera.

El hecho de tener una vida sana conlleva mantenerse joven más tiempo y con energía. Para conseguir esto se debe tener una educación en este ámbito de forma saludable.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino - Alimentación.
2. Portal Salud-UE - Alimentación.
3. Ana Berta Pérez-Lizaur; Leticia Marván-Laborde (2009). «Alimentos equivalentes». Archivado desde el original el 19 de diciembre de 2009.
4. Moe Byrd-Bredbenner, BerningBeshgetoor: Perspectivas en nutrición. Canadá:McGrawHill, cuarta edición..

Capítulo 253

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE UNA ESPIROMETRÍA

SANDRA COTILLAS LOPEZ

ANA BELÉN GABALDON MARTINEZ

1 Introducción

La patología de la EPOC es una enfermedad crónica e irreversible, pero su empeoramiento se puede prevenir. Por tanto, podemos definir la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que provoca la obstrucción del flujo de aire en los pulmones.

Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de flema (flema) y sibilancias. Por lo general, es causado por una exposición prolongada a gases o partículas irritantes, más comúnmente el humo del cigarrillo.

Las personas con EPOC tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, cáncer de pulmón y varias otras enfermedades. Este tipo de paciente está sujeto a hospitalización permanente o de larga duración por patología. Suelen hacer oxigenoterapia en casa y por supuesto suelen utilizar un inhalador para evitar dificultades respiratorias innecesarias.

Tienden a estar cansados, fatigados e incapaces de realizar muchas actividades básicas de la vida diaria. Una de las pruebas necesarias para diagnosticar esta patología es la espirometría, que también se puede definir como una prueba en la que el paciente debe exhalar todo el aire en el menor tiempo posible tras la inspiración máxima. Es más útil que el anterior, ya que permite el diagnóstico de patología del tracto respiratorio en general.

2 Objetivos

Describir en qué consiste y qué conocimientos básicos debe tener un TCAE para desempeñar su función laboral ante una espirometría.

3 Metodología

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

4 Resultados

Exponemos en nuestra revisión bibliográfica lo que deben saber los Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) para realizar espirometrías en pacientes con EPOC.

- La espirometría estimará un volumen que debe conocerse para TCAE, que puede ser Volumen corriente (VT): representa el volumen movilizado en cada respiración normal. Volumen inspiratorio de reserva (IRV): indica la cantidad máxima de aire que se puede inhalar desde la posición de inspiración final a volumen corriente. Volumen de reserva espiratorio (ERV): indica la cantidad máxima de aire que se puede exhalar desde la posición de fin de espiración a volumen corriente. Volumen residual (RV): se refiere a la cantidad de aire que queda en los pulmones después del esfuerzo espiratorio máximo. Capacidad Inspiratoria (IC): Es la suma de IRV y VT.

Esto corresponde al volumen máximo que se puede excitar desde la posición espiratoria de reposo final. Capacidad Vital Inspiratoria (VC IN): Es la suma de ERV, VT e IRV. Representa el volumen máximo que se puede inhalar lentamente desde la posición de máxima exhalación.

- También debe saber, como indican los autores, cómo se realiza la prueba, la identificación del paciente, cómo se realiza la espirometría y lo importante que es tomar la posición del paciente en posición sentada, erguida, sin agachar el trono y sin cruzar las piernas, hasta que la intervención está terminada.
- El clip se coloca en la nariz, lo que explica que su función sea evitar que el aire se escape durante la exhalación forzada y así realizar la prueba correctamente.

- Los pacientes deben evitar el café o fumar, incluidos los productos cáusticos, antes de la prueba.
- Una vez finalizada la prueba, se administra salbuterol al paciente para ayudarlo a recuperarse.

5 Discusión-Conclusión

Como se mencionó anteriormente, un paciente con EPOC será un paciente débil y vulnerable con dificultad para caminar y recuperarse de la respiración. Resulta que la prueba típica para la EPOC es la espirometría, que necesita saber cómo funciona el TCAE.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) deben estar familiarizados con los espirómetros y ser capaces de realizar el procedimiento sin dificultad para que los pacientes puedan confirmar que no es la primera vez que usan espirómetros.

En conclusión, concluimos que es importante realizar correctamente los exámenes para que el diagnóstico sea correcto y puedan tratar al paciente como corresponde. 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. Ferguson GT, Enright PL, Buist AS, Higgins MW. Espirometría de oficina para la evaluación de la salud pulmonar en adultos: declaración de consenso del Programa Nacional de Educación sobre la Salud Pulmonar. Cofre fiscal 2000;117:1146-1161.
2. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, et al. Naturaleza de la obstrucción de la vía aérea pequeña en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. N Engl J Med.

Capítulo 254

DIETA EQUILIBRADA

VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA

1 Introducción

La alimentación forma parte de nuestra vida, como uno de los elementos imprescindibles para nuestra supervivencia en el mundo. En el mundo occidental la variedad de alimentos a los que podemos acceder son casi infinitos. No obstante, los estudios recientes analizan y reflejan que no siempre lo que decidimos tomar no es lo más beneficioso y saludable para nosotros.

El origen de muchas noticias y análisis sobre el desarrollo de alimentos y bebidas de Europa, afirma tras diversos estudios como sólo un tercio de los consumidores declara tener una alimentación saludable con las proporciones adecuadas de macronutrientes y micronutrientes. Los primeros son los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. Los segundos hacen referencia a las vitaminas y minerales.

Los alimentos también nos aportan cantidades indispensables de agua y fibra, pero, desde el punto de vista nutricional, no se les suele considerar como nutrientes.

No existe una única dieta equilibrada para todo el mundo, cada persona tiene unas necesidades particulares en función de su edad, sexo, altura, estilo de vida, actividad física... Por eso, si quieres adoptar una forma de vida más equilibrada la ayuda de un experto puede ser muy necesaria.

La dieta mediterránea es una de la más recomendada mundialmente y está avalada por numerosos estudios médicos. Esta dieta engloba un estilo de vida y una alimentación saludable que junta un equilibrio entre el placer de comer y la salud de nuestro cuerpo.

2 Objetivos

Conocer la importancia de la alimentación.

Describir una dieta saludable.

Conocer los diferentes tipos de dietas según la alteración o patología de cada paciente.

Informar sobre los problemas que pueden conllevar no llevar una dieta adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos bases de datos: Google Académico y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y artículos escritos en español e inglés.

4 Resultados

En líneas generales, puede considerarse un alimento saludable a aquel que es óptimo y provechoso para nuestra salud, aportándonos los nutrientes que nuestro cuerpo necesita cada día para producir materiales y una dosis de energía suficiente para abastecernos. En consecuencia, una dieta saludable será aquella constituida mayormente por estos productos naturales y variados, y que combinada con otros factores como el ejercicio o el descanso, incrementará nuestra calidad de vida.

En nuestro país hay una gran variedad de alimentos, pero siempre hay que dar prioridad a los alimentos naturales. En la dieta saludable se impone como uno de los factores más importantes en relación a la prevención de posibles dolencias, trastornos y enfermedades.

Las enfermedades más probables que podamos padecer si no se sigue una dieta saludable son:

- La diabetes de tipo II.
- La obesidad.
- Las cardiopatías.
- Los trastornos de la conducta alimentaria.
- La hipertensión.
- El cáncer.

Los beneficios más importantes de comer sano son:

- Permite mantener la mente despierta.
- Ayuda a controlar el peso.
- Mejora la capacidad de tu sistema inmune.
- Se mantienen niveles óptimos de colesterol y glucosa.
- Eficaz para controlar la tensión arterial.
- Promueve el equilibrio y adecuado tránsito intestinal.
- Mejora el estado de ánimo.

La pirámide alimenticia, es una manera muy fácil de visualizar la ingesta diaria que se necesita de cada tipo y sus porcentajes: 55% de carbohidratos, 30% de grasas y 15% de proteínas (tanto de origen animal como vegetal), vitaminas, minerales y fibras. Cabe decir que todas las dietas saludables se realizan partiendo de la pirámide nutricional. Existen muchas pirámides ya que cada país la ha ido adaptando según sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

A nivel mundial, la falta de una dieta saludable y la ausencia de actividad física se instalan como dos de los principales elementos de riesgo para la salud. A través de una dieta equilibrada, variada y saludable, basada en los consejos que las instancias sanitarias aconsejan, podremos prevenir posibles enfermedades y favorecer la conservación de la salud nuestra o de otros, garantizar esa salud se logrará respetando estas pautas que expertos recomiendan y planifican. Pese a otros factores, en los últimos años parece que progresivamente se va dando importancia a la repercusión que una dieta saludable tiene en nuestras vidas, interiorizando la población esta idea y aconteciendo pequeños cambios que futuras generaciones agradecerán.

6 Bibliografía

1. Rodota, Liliana, P. Castro, M.E (2019). Nutrición clínica y dietoterapia.
2. Madrid, Vicente, A (2013) Tratado de Nutrición y Dietética.
3. Gil, Hernández, A. Martínez de la Victoria, Muñoz, E. Ruiz, López, M.D.
4. Moncado, Lorenzo, E (2009). Educar en diabetes. Barcelona: Editorial Científico- médico.
5. Scielo: Scientific Electronic Library Online.

Capítulo 255

DISLEXIA INFANTIL

VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA

1 Introducción

La dislexia es un trastorno del aprendizaje lectoescritura, que forma parte del grupo neurodesarrollo, como un trastorno específico del aprendizaje. Este trastorno se transmite genéticamente. Las personas con dislexia tienen dificultades en el aprendizaje de lectura, escritura y ortografía. La dislexia afecta aproximadamente a un 10% de los niños en edad escolar. Si trasladamos estos datos al aula, en una clase de 20 alumnos, habría 2 niños con esta problemática.

Estos niños tengan dificultad con la comprensión lectora, con la ortografía y con la escritura. Las personas que tienen dislexia, su cerebro, no interpreta bien ciertos tipos de información. Ya puede ser una letra, un sonido o hacerlos coincidir para mezclarlos y hacer una palabra, pero no está asociada a problemas de inteligencia, problemas auditivos o problemas en la vista.

Puede aparecer en una edad muy temprana, pero lo más frecuente es que se detecte en niños de primaria, por no ser capaz de leer y escribir con normalidad. Pero no está relacionado con los procesos de inteligencia, sí que dificulta el aprendizaje, pero una vez diagnosticado, existen herramientas y ejercicios para llevar una vida normal.

La dislexia no es incompatible con tener éxito en la vida. Un gran número de profesionales de todos los campos tienen dislexia y han destacado en su profesión. Ejemplo de ello son personas como: Jennifer Aniston, Steven Spielberg, Picasso, Leonardo Da Vinci, Walt Disney, Agatha Christie, Charles Dickens, Mozart y Einstein.

2 Objetivos

- Describir y dar a conocer este trastorno, sus síntomas y causas que lo provocan.
- Proporcionar información acerca de su tratamiento.
- Facilitar una serie de ejercicios para reforzar el aprendizaje.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos bases de datos: Google Académico y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y artículos escritos en español e inglés.

4 Resultados

Existen dos tipos de dislexia según cuando aparece la misma.

Adquirida: es la que aparece por haberse causado una lesión cerebral.

Evolutiva: no aparece por una lesión del cerebro en concreto. Es decir, no tiene nada que ver qué haya o no una lesión cerebral. Normalmente, es la que más se producen en la edad infantil.

También existe otra tipología dependiendo de los síntomas que suelen darse en los pacientes. Por ello, os mostramos a continuación la siguiente clasificación:

Superficial: es la dificultad relacionada con la visualización, ya que los pacientes leen utilizando una ruta fonológica. Es decir, estos niños no tendrán problemas al leer palabras normales. Sin embargo, sí que tendrá problemas con palabras irregulares de otros idiomas. Además, la velocidad suele ser más lenta. Porque, al aumentar la longitud de las palabras, cometen más errores con ellas.

Fonológica o indirecta: es debida a un mal funcionamiento de la ruta fonológica. Normalmente, estos niños deducen en vez de leer. Por lo que, suelen tener bastantes errores de lectura. Pueden leer palabras familiares, pero les resultará complicado ejecutar palabras que no conozcan.

Mixta o profunda: es debida a daños que se producen en los procesos de lectura, procesos fonológicos y procesos visuales. Por ello, suelen producirse bastantes errores semánticos.

Los síntomas más frecuentes que pueden darse son:

- Dificultad a la hora de aprender a leer.

- Dificultad en la escritura.
- Dificultad en el lenguaje.
- Problemas en el equilibrio.
- Problemas de memoria a corto plazo.
- Dificultades para organizar sus pensamientos.
- Dificultad a la hora de aprender cosas nuevas y memorizar.
- Pensamiento visual.
- Problemas en la lateralidad,
- Nociones espaciales y temporales alteradas.
- Problemas emocionales.
- Falta de atención y desinterés por el estudio.

El tratamiento que debe seguirse con un niño con dislexia tiene que ser personalizado y adaptado a la edad y síntomas del niño, ya que es un trastorno que no da igual a todos. Cuando se detecte la dificultad concreta del niño, se empezará a trabajar las distintas actividades específicas para ese caso en concreto. Es importante que se impliquen los padres en casa, no solo en el colegio. El juego puede servir como herramienta de trabajo. Es importante no presionar al niño para que este no pierda la motivación.

Actividades que se pueden hacer para ayudar al niño:

- Lectura conjunta de libros.
- Jugar a la cadena de palabras.
- Ejercicios de ordenar sílabas para formar palabras completas.
- Juego como el veo-veo pero utilizando sonidos.

Los tiempos de estudios tienen que ser cortos de 25 minutos más o menos y combinados con descansos de 10 minutos.

5 Discusión-Conclusión

Resulta muy importante que se detecte precozmente este trastorno, ya que detectarlo en edades muy tempranas, permitirá actuar antes sobre los síntomas, favoreciendo de este modo que el niño que padece dislexia, pueda adquirir las herramientas que le permitan un mejor aprendizaje, contribuyendo al mismo tiempo a que se reduzcan las consecuencias emocionales que este trastorno pudiera generarle. Cuanto antes se empiece a trabajar con las distintas dificultades, menores van a ser las consecuencias. Señalar también la importancia de una actitud positiva por parte del entorno del niño. Para evitar la frustración, el estrés y el sentimiento de fracaso que pudiera generarse en él, es fundamental

que el niño se sienta comprendido y apoyado por sus padres y su entorno más cercano.

6 Bibliografía

- 1.ACNUR Comité Español. Dislexia infantil: causas y tratamientos. <https://integratek.es/blog/2016/07/04/7-pasos-para-detectar-la-dislexia/>. <https://www.webconsultas.com/dislexia/tratamiento-de-la-dislexia-755>.
- 2.Psicología Online. Niños y adolescentes. Trastornos de aprendizaje.
- 3.Blog Neuronup. Actualidad para los profesionales de la neurorehabilitación. <http://psicopedagogabianca.blogspot.com/2008/05/dislexia.html>. <https://www.guiainfantil.com/educacion/logopedia/dislexia.htm>

Capítulo 256

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INFECCIOSO

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

1 Introducción

Un paciente infeccioso se refiere a una persona que tiene una enfermedad infecciosa y puede transmitirla a otros. Esta transmisión puede ocurrir a través de diversos medios, como el contacto directo con la persona infectada, las gotas respiratorias expulsadas al toser o estornudar, el contacto con superficies contaminadas o, en algunos casos, el contacto sexual.

Los pacientes contagiosos son una preocupación en el entorno de atención médica, ya que pueden propagar enfermedades a otros pacientes y al personal de salud. Por lo tanto, es esencial tomar precauciones para evitar la propagación de la infección. Esto incluye el uso de medidas de control de infecciones, como el uso de equipo de protección personal (EPP) por parte del personal de salud,

la implementación de protocolos de aislamiento cuando sea necesario y la educación del paciente sobre prácticas seguras, como la higiene de manos y el uso de mascarillas.

La identificación temprana de un paciente contagioso es fundamental para prevenir la propagación de la enfermedad. Los síntomas comunes que pueden indicar la presencia de una infección incluyen fiebre, tos, dificultad para respirar, secreción nasal, erupciones cutáneas, diarrea y dolor de garganta, entre otros. Si un paciente presenta estos síntomas, es importante que busque atención médica y siga las recomendaciones de su médico para evitar la propagación de la infección a otros.

En resumen, un paciente contagioso es alguien que porta una enfermedad infecciosa y puede transmitirla a otras personas. La prevención de la propagación de la infección implica la identificación temprana, el uso de medidas de control de infecciones y la educación sobre prácticas seguras. La colaboración entre pacientes y profesionales de la salud es esencial para proteger la salud pública y prevenir brotes de enfermedades infecciosas.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente infeccioso.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención de pacientes contagiosos. Su función principal es colaborar estrechamente con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para brindar cuidados seguros y efectivos, mientras se minimiza el riesgo de propagación de la enfermedad. A continuación, se detallan algunas de las funciones

clave del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante el enfermo contagioso:

Preparación y seguimiento de medidas de control de infecciones: El técnico debe estar capacitado en las prácticas de control de infecciones, incluyendo el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP) como guantes, batas y mascarillas. Además, debe seguir rigurosamente las pautas de higiene de manos y la desinfección de superficies para prevenir la propagación de patógenos.

Aislamiento y manejo de pacientes: En colaboración con el personal de enfermería, el técnico puede ayudar en el proceso de aislamiento de pacientes contagiosos. Esto puede implicar la preparación de habitaciones especiales, asegurando que estén equipadas con los suministros necesarios y siguiendo los protocolos de entrada y salida segura.

Vigilancia de signos vitales: El técnico puede medir y registrar regularmente los signos vitales del paciente, como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Esto es esencial para monitorear la progresión de la enfermedad y detectar cambios que requieran atención médica inmediata.

Asistencia en la administración de medicamentos: En algunos casos, el técnico puede ayudar en la administración de medicamentos bajo la supervisión de un enfermero o médico. Es crucial garantizar la administración correcta y segura de los medicamentos prescritos.

Apoyo emocional y cuidados básicos: El técnico brinda apoyo emocional al paciente, ya que la enfermedad contagiosa puede ser emocionalmente desafiante. También ayuda con cuidados básicos, como la higiene personal, la alimentación y la movilización, según las necesidades del paciente.

Comunicación efectiva: El técnico debe comunicar cualquier cambio en el estado del paciente, como síntomas nuevos o agravados, al personal de enfermería o al médico de manera oportuna. La comunicación efectiva es esencial para la atención coordinada y la toma de decisiones clínicas.

Educación del paciente: En algunos casos, el técnico puede proporcionar educación al paciente sobre medidas de prevención y autocuidado para evitar la propagación de la enfermedad.

Seguridad y protección personal: El técnico debe ser consciente de su propia seguridad y seguir estrictamente las medidas de prevención de infecciones para

protegerse a sí mismo y a otros miembros del equipo de atención médica.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en la atención de pacientes contagiosos al proporcionar cuidados seguros, apoyo emocional y comunicación efectiva en colaboración con el equipo de salud. Su contribución es vital para garantizar una atención integral y minimizar el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar unos buenos cuidados al auxiliar de enfermería, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe enfocarse en el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el apoyo mutuo. En primer lugar, es esencial mantener una comunicación abierta y fluida con el auxiliar de enfermería, compartiendo información relevante sobre el paciente, cambios en el plan de atención y cualquier problema que pueda surgir. La colaboración y la coordinación son clave para ofrecer una atención de calidad.

Además, el TCAE debe demostrar empatía y comprensión hacia el auxiliar de enfermería, reconociendo sus esfuerzos y brindando apoyo emocional en situaciones desafiantes. Escuchar sus preocupaciones y necesidades también es importante para crear un entorno de trabajo saludable y motivador. Al trabajar juntos de manera efectiva, el TCAE y el auxiliar de enfermería pueden ofrecer un cuidado óptimo y proporcionarse mutuamente el respaldo necesario para enfrentar las demandas de la profesión.

6 Bibliografía

1. Ruiz, M. Á. H. (2023). La Visión de la Enfermería sobre los Cuidados Humanizados en Pacientes con Enfermedades Infecciosas Contagiosas. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 4(2), 59-84.

Capítulo 257

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

1 Introducción

Un enfermo terminal es una persona que padece una enfermedad en estado avanzado, crítica e incurable, y cuya expectativa de vida es limitada, generalmente con un pronóstico de vida que oscila desde semanas hasta unos pocos meses. Esta condición es el resultado de una enfermedad grave, como el cáncer en etapas avanzadas, enfermedades neurológicas degenerativas, insuficiencia cardíaca en fase terminal, entre otras.

Las características principales de un enfermo terminal incluyen:

Enfermedad incurable: La enfermedad que afecta al paciente generalmente ha llegado a un punto en el que no responde a tratamientos curativos y la progresión de la enfermedad es inevitable.

Expectativa de vida limitada: Los pacientes terminales a menudo tienen una expectativa de vida limitada y se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad, lo que significa que su salud se deteriora rápidamente.

Necesidad de cuidados paliativos: Los cuidados paliativos son una parte fundamental del tratamiento de un enfermo terminal. Se centran en proporcionar alivio del dolor y el sufrimiento, así como mejorar la calidad de vida del paciente.

Enfoque en la comodidad: El objetivo principal de la atención médica y de enfermería en pacientes terminales es garantizar que el paciente esté cómodo y libre de dolor. Esto a menudo implica el uso de analgésicos y medicamentos para el control de síntomas.

Apoyo emocional: Tanto el paciente como sus seres queridos necesitan apoyo emocional para enfrentar la realidad de la enfermedad terminal. Esto incluye atención psicológica y asesoramiento para ayudar a lidiar con el duelo y la toma de decisiones relacionadas con el final de la vida.

Es importante señalar que, aunque la enfermedad terminal implica una expectativa de vida limitada, cada individuo es único y su experiencia puede variar. Los cuidados y el apoyo adecuados son esenciales para asegurar que el paciente tenga una transición lo más cómoda y digna posible en esta etapa de su vida.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente terminal.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la atención al enfermo terminal, proporcionando cuidados y apoyo que mejoran la calidad de vida del paciente y ofrecen comodidad en las etapas finales

de su enfermedad. A continuación, se detallan las funciones clave del TCAE en el cuidado del enfermo terminal:

Cuidados básicos: El TCAE ayuda en la realización de cuidados esenciales, como la higiene personal, cambios de posición, alimentación y administración de medicamentos. Estos cuidados contribuyen a mantener la comodidad y la dignidad del paciente.

Control de síntomas: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para controlar los síntomas del paciente terminal, como el dolor, la disnea (dificultad para respirar), la ansiedad y otros malestares. Esto puede implicar la administración de medicamentos según lo indicado y la observación de signos de malestar.

Apoyo emocional: Ofrecer apoyo emocional es una función crucial. El TCAE debe escuchar y comunicarse con el paciente de manera comprensiva y respetuosa, brindando compañía y consuelo. Esto puede incluir conversaciones sobre los sentimientos y deseos del paciente en sus últimos momentos.

Comunicación y coordinación: El TCAE actúa como un enlace entre el paciente, la familia y el equipo médico. Comunica cualquier cambio en el estado del paciente y coordina la atención con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coherente.

Cuidados paliativos: Los cuidados paliativos son fundamentales en el cuidado del enfermo terminal. El TCAE participa en la aplicación de estas medidas, que incluyen el control de síntomas, el alivio del dolor y el apoyo a la toma de decisiones relacionadas con el final de la vida.

Acompañamiento en la muerte: El TCAE puede estar presente durante los últimos momentos del paciente, ofreciendo consuelo y apoyo tanto al paciente como a la familia. Esta función es de gran importancia para proporcionar un ambiente tranquilo y amoroso.

Documentación y registro: Es vital que el TCAE registre de manera precisa las intervenciones realizadas, los síntomas observados y cualquier cambio en el estado del paciente. Esto facilita la continuidad de la atención y ayuda en la planificación de cuidados futuros.

Educación a la familia: El TCAE puede proporcionar información y educación a la familia sobre el proceso de la enfermedad terminal y cómo cuidar al paciente en casa, si es relevante. Esto ayuda a la familia a comprender mejor cómo brindar apoyo al ser querido.

El TCAE juega un papel esencial en el cuidado del enfermo terminal al proporcionar cuidados básicos, control de síntomas, apoyo emocional y comunicación efectiva. Su presencia y compasión son invaluableles para garantizar que el pa-

ciente y su familia reciban la atención necesaria en esta etapa delicada de la vida.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el cuidado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el caso de un enfermo terminal es brindar compasión y empatía. La empatía hacia el paciente y su familia es esencial para proporcionar un ambiente de apoyo y comprensión en un momento tan delicado. Escuchar activamente sus preocupaciones y necesidades, ofreciendo consuelo y compañía, puede hacer una gran diferencia en su experiencia.

Además, es importante que el TCAE se comunique efectivamente con el equipo de atención médica y la familia del paciente, asegurando una coordinación adecuada de los cuidados y la documentación precisa de las intervenciones. La comunicación abierta y honesta contribuye a la atención integral y a que se respeten los deseos y la dignidad del paciente en sus últimos momentos. En conjunto, la empatía y la comunicación son fundamentales para brindar un cuidado óptimo y compasivo al enfermo terminal.

6 Bibliografía

1. Runzer-Colmenares, F. M., Parodi, J. F., Perez-Agüero, C., Echegaray, K., & Samamé, J. C. (2019). Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Médica Peruana*, 36(2), 134-144.

Capítulo 258

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO MENTAL

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

1 Introducción

Las enfermedades mentales son trastornos que afectan la salud mental y el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual de una persona. Estas condiciones pueden influir en la manera en que una persona piensa, siente, se relaciona con otros y se comporta. Las enfermedades mentales pueden variar en gravedad, desde trastornos leves y temporales hasta trastornos graves y crónicos. Algunos ejemplos comunes de enfermedades mentales incluyen la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad.

Las enfermedades mentales pueden ser causadas por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Estas condiciones no dis-

criminas y pueden afectar a personas de cualquier edad, género, raza u origen étnico. Además, es importante destacar que las enfermedades mentales son trastornos médicos legítimos y no simplemente una cuestión de debilidad personal o falta de voluntad.

Los síntomas de las enfermedades mentales pueden variar ampliamente, pero pueden incluir cambios en el estado de ánimo, problemas de sueño, pensamientos suicidas, dificultades en las relaciones interpersonales y un deterioro en la calidad de vida. El diagnóstico y el tratamiento tempranos son fundamentales para ayudar a las personas que padecen enfermedades mentales a recuperarse y llevar una vida plena y productiva. El tratamiento puede incluir terapia psicológica, medicamentos y apoyo social.

Las enfermedades mentales son trastornos que afectan la salud mental y pueden influir en el bienestar emocional, cognitivo y conductual de una persona. Estas condiciones son legítimas, comunes y tratables, y es esencial promover la comprensión y la aceptación para brindar apoyo adecuado a quienes las padecen.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería respecto a los pacientes ingresados.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel significativo en la atención de personas con enfermedades mentales. Estas son algunas de las funciones clave del TCAE en el cuidado de pacientes con trastornos mentales:

- Apoyo emocional: El TCAE brinda apoyo emocional a los pacientes con enfermedades mentales, creando un ambiente de empatía y comprensión. Escuchar

sus preocupaciones y miedos, y ofrecerles consuelo, contribuye a su bienestar emocional.

- Observación y registro: El TCAE observa el comportamiento y el estado emocional de los pacientes, registrando cualquier cambio significativo. Esto es esencial para el seguimiento de la evolución de la enfermedad y para informar al equipo de atención médica.
- Asistencia en las actividades de la vida diaria: El TCAE ayuda a los pacientes con tareas cotidianas como el aseo personal, la alimentación y la movilización. Esto promueve la autonomía y la independencia del paciente.
- Seguridad del paciente: El TCAE se asegura de que el entorno sea seguro para el paciente y otros. Esto puede incluir medidas para prevenir autolesiones o daño a terceros.
- Administración de medicamentos: En algunos casos, el TCAE puede ser responsable de administrar medicamentos según la prescripción médica. Esto requiere precisión y seguimiento de los procedimientos adecuados.
- Participación en terapias y actividades terapéuticas: El TCAE puede ayudar en la organización y ejecución de terapias y actividades terapéuticas, como terapia ocupacional, musicoterapia o terapia de grupo. Estas actividades pueden contribuir al tratamiento y la rehabilitación.
- Comunicación con el equipo de atención: El TCAE se comunica con otros profesionales de la salud, como enfermeros, psicólogos y médicos, para informar sobre el estado del paciente y recibir orientación sobre el cuidado.
- Promoción de la vida en comunidad: El TCAE puede facilitar la integración del paciente en la comunidad, acompañándolos en actividades al aire libre o en salidas programadas.
- Prevención de crisis: Al conocer al paciente y sus desencadenantes, el TCAE puede ayudar a prevenir crisis emocionales o conductuales, implementando estrategias para evitar situaciones de riesgo.
- Educación al paciente y la familia: El TCAE puede brindar información y apoyo educativo tanto al paciente como a sus familiares, ayudándoles a comprender la enfermedad mental y las estrategias para manejarla.

El TCAE desempeña un papel integral en el cuidado de personas con enfermedades mentales, proporcionando apoyo emocional, asistencia en actividades diarias, seguridad y comunicación efectiva con el equipo de atención. Su presencia y compasión son esenciales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y contribuir a su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para brindar un buen tratamiento al enfermo mental, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), es la empatía y el respeto. Escuchar con atención y mostrar comprensión hacia las experiencias y emociones del paciente es esencial. A menudo, la enfermedad mental puede generar sentimientos de aislamiento y estigmatización, por lo que el TCAE debe crear un entorno en el que el paciente se sienta valorado y digno de respeto. Además, la comunicación efectiva es clave. El TCAE debe establecer una comunicación abierta y honesta con el paciente, fomentando la confianza. Esto implica escuchar las preocupaciones del paciente y, cuando sea necesario, comunicarlas al equipo de atención médica. La colaboración y la coordinación con otros profesionales de la salud también son esenciales para garantizar una atención integral y efectiva. En conjunto, la empatía, el respeto y la comunicación contribuyen a un tratamiento exitoso y al bienestar del enfermo mental.

6 Bibliografía

1. Escobedo, J. C. (2020). Estrés y enfermedad mental: la otra epidemia. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 19(2), 15-20.

Capítulo 259

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN OXIGENOTERAPIA

HELENA MARÍN LOZANO

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cuando un paciente presenta hipoxemia (una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno) o hipoxia (falta de oxígeno en la sangre y los tejidos), se administra oxígeno con fines terapéuticos o curativos. En consecuencia, el oxígeno administrado durante el tratamiento de la oxigenoterapia, siempre será en una concentración mayor que la que se encuentra en el aire porque frecuentemente será requerido como tratamiento necesario y en otras ocasiones como apoyo.

Sin embargo, son necesarios siempre que haya dificultad para respirar a través de nuestros medios, como resultado de problemas cardiorrespiratorios o de otro tipo que afecten la respiración, el intercambio de gases y el transporte de oxígeno. Todos los pacientes que reciban oxigenoterapia recibirán atención coordinada por

parte del equipo de enfermería, incluida la enfermera y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Encontrar al paciente, informarle y explicarle qué vamos a hacer y cómo funciona.

Para evitar que el paciente retire el oxígeno o realice cualquier otra acción que disminuya la eficacia de la oxigenoterapia, solicitamos su colaboración. El oxígeno se puede administrar de diversas formas y con diversos equipos cómo ponerlo en práctica y cómo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encarga de estas funciones.

2 Objetivos

- Conocer los componentes y usos de la administración de oxígeno.
- Describir la función de las Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería al respecto.

3 Metodología

Para compilar los datos y la información se utilizó una búsqueda sistemática de artículos, libros y publicaciones académicas de una variedad de fuentes, incluidos sitios web. Medline, Scielo y Pubmed son las tres principales bases de datos que se han utilizado.

4 Resultados

Se pueden utilizar diferentes fuentes de oxígeno, como un tanque central que se conecta a tuberías en las paredes de las habitaciones, o una fuente portátil o botella de menor capacidad esencial para la oxigenoterapia domiciliaria o el transporte de pacientes.

Vienen en diferentes tamaños y suelen ser recargables. El oxígeno se introduce en la botella a alta presión, aumentando su capacidad y autonomía.

Se requiere un regulador para la administración de oxígeno además de la fuente; es un conector que proporciona y mide continuamente la cantidad de oxígeno que fluye a través de él. El regulador se coloca en el vaso humidificador con el agua esterilizada para que pase oxígeno y se sature de humedad, protegiendo el sistema respiratorio de daños, resequedad o irritación. Un caudalímetro es el nombre colectivo de las dos partes. También se puede agregar un nebulizador o

un rociador de agua. Como resultado, las membranas mucosas del dispositivo se humedecerán de forma más eficaz. Las botellas de oxígeno respiratorias portátiles tienen instalado un manómetro, que se coloca en la salida de la botella y delante del caudalímetro, que se utiliza para determinar la presión interna. Los pacientes que pueden respirar por sí solos de forma natural pueden recibir oxígeno mediante cánulas nasales, que se insertan en una sola fosa nasal dejando la otra abierta, y gafas nasales, que se insertan en ambas fosas nasales.

Hay mascarillas que cubren la boca y el mentón con depósito; la mezcla de aire y oxígeno es mayor en oxígeno y sin reservorio con concentraciones variables; las concentraciones denominadas de alto flujo, tipo venturi, se pueden controlar entre un 25 y un 40-50 por ciento.

Tenemos la campana de oxígeno, que se utiliza en pediatría, que cubre la cabeza del niño y crea un medio enriquecido con oxígeno que el paciente respira por sí solo, y la tienda de oxígeno, que cubre la cabeza y crea un medio enriquecido con oxígeno que cubre todo el cuerpo y se utiliza para pacientes agitados y pediátricos. Los pacientes que requieren respiración asistida son aquellos que no pueden respirar de forma independiente.

Mediante el uso de equipos artificiales para ventilación mecánica se pueden alcanzar concentraciones de oxígeno de hasta el 100%. Otro método de ventilación es la ventilación manual con bolsa (Ambú), que utiliza un globo de goma blanda para la inflación.

Una prueba de oximetría de pulso, que se realiza en un dedo y mide la saturación, es una prueba común para determinar si es posible que necesite oxígeno o no. Otra prueba es un análisis de gases en sangre, que se realiza en una arteria de la muñeca. El TCAE participa activamente en todo este proceso como miembro de un equipo, aportando sus conocimientos y realizando intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia es una intervención terapéutica que se utiliza para aliviar y mejorar la calidad de vida del paciente restableciendo los síntomas de asfixia. El trabajo de TCAE es estar atento a cualquier síntoma que pueda estar presente en ese momento, asegurarse de que haya suficiente oxígeno en la botella y saber comprobar las conexiones en busca de fugas, manteniendo al mismo tiempo la concentración de oxígeno adecuada que se ha recomendado.

Los litros/minutos del médico son precisos, al igual que la preparación del material, en este caso el material consumible (mascarilla, tubo de oxígeno), y lo más importante, la adecuada higiene del TCAE y manos del personal médico.

6 Bibliografía

- <http://www.intramed.net>
- <http://medlineplus.gov/spanish>

Capítulo 260

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA

JAVIER PEREZ PESTANA

MARTA SANCHEZ PEREZ

YOLANDA OJEDA BORRAS

FATIMA BRAHIM SAID

1 Introducción

Actualmente, el cáncer es una de las peores enfermedades existentes, ya que aún siguen falleciendo muchas personas a causa de esto. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este ámbito debe de estar informado y conocer un poco sobre que es la enfermedad, como se trata, que se hace, y todo lo que es el procedimiento para tratar al paciente. El cáncer es una enfermedad de origen genético y se produce porque hay un cambio en el organismo. Un cambio que se lleva a cabo por los genes que controlan el sistema de crecimiento de las células y como estas se dividen. Si existe un fallo en las células y hay células malignas, hace que se origine una masa anormal la cual también será maligna. Esta será la culpable de que se originen cambios que vayan a peor las funciones de nuestro cuerpo. También hay factores que influyen en la aparición del cáncer como es el tabaco, tomar el sol en exceso... Si nos volvemos pacientes oncológicos, el cuerpo comenzará a

sufrir varios cambios tanto físicos como en el interior, los cuales se verán reflejados en temas psicológicos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de radioterapia oncológica cumple una serie de funciones colaborando con el técnico especialista en radioterapia.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de radioterapia.
- Citar los diferentes tumores que existen.

3 Metodología

Para conseguir este trabajo se ha buscado información sobre que es el cáncer, como afecta a nuestro cuerpo, las funciones del TCAE. Todo ello ha sido buscado en páginas científicas encontrando diversas informaciones, pero solo nos hemos quedado con las más relevantes.

4 Resultados

La labor que este cumple el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para que el tratamiento del paciente vaya bien y que por lo tanto el resultado sea efectivo. Un paciente que recibe tratamiento oncológico sufre cambios constantes debido a las diversas fluctuaciones que acompañan a su enfermedad. La función del técnico es ofrecer apoyo tanto al paciente como a su familia en todas las áreas necesarias, poniendo énfasis en la asistencia psicológica como aspecto más crucial. Como bien hemos mencionado anteriormente, es superimportante que el técnico tenga conocimiento sobre la enfermedad y de como actuar con el paciente que se va a tratar con radioterapia. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el que recibe al paciente cuando llega el día de su tratamiento. Una vez que el paciente llega a la sala, el TCAE le explica según la zona en la que se le va a dar el tratamiento, la ropa que se tiene que quitar. Por ejemplo si el tumor lo tiene localizado en la próstata este debe de desnudarse de cintura para abajo pero si por el contrario tiene que tratarse el pulmón tiene que desnudarse de cintura para arriba. Le explica que para cambiarse tiene que pasar a un box, tiene que coger una bata y allí cambiarse y esperar hasta que el técnico lo llame para pasar, se desnudará la zona a tratar y se pondrá su bata. Si

el paciente viene en silla de ruedas, tiene que pasarlo hacia la sala de tratamiento que es donde se encontrará el técnico esperándolo y es donde estará la máquina encargada del darle la sesión de tratamiento y allí ayudarlo a desvestirse. Otra de las funciones del TCAE es recordarle la dieta que tienen que seguir durante todo el tratamiento. También cabe destacar que tendrá que ayudar al celador a pasarlo a la máquina de tratamiento en el caso que tenga movilidad reducida. Los tipos de tumores que existen son los benignos y los malignos.

5 Discusión-Conclusión

Llegados a este punto, se llega a la conclusión que la labor que cumple el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es crucial, ya que sin su labor no se llevaría a cabo un trabajo tan fluido. Al realizar estas funciones de forma tan correcta el paciente se encontrará más relajado, las dudas las tienen más resueltas y en algunos casos, es el propio técnico en cuidados auxiliares de enfermería el que le recuerda el horario, las citas, y hasta le proporciona ayudas. Es importante mencionar que para llevar a cabo este trabajo hay que poseer una mentalidad fuerte y ser empático para que al paciente oncológico todo le sea más fácil.

6 Bibliografía

pubmed, scielo.

Capítulo 261

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

JAVIER PEREZ PESTANA

MARTA SANCHEZ PEREZ

1 Introducción

Las personas poseemos un aparato respiratorio que está compuesto por vías respiratorias altas que son las fosas nasales, la boca, la faringe y la laringe; y las vías respiratorias bajas que, con la tráquea, los bronquios y bronquiolos, y los pulmones. Todo este conjunto sirve para conducir el oxígeno a la sangre y de ahí a los tejidos. El ámbito de la neumología, es la especialidad o rama de la medicina que se encarga de las enfermedades relacionadas o que tengan que ver con el aparato respiratorio. Se centra en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato respiratorio como la pleura, el pulmón y el mediastino. El médico que ejerce esta especialidad es un especialista neumólogo que puede detectar las siguientes alteraciones: bloqueo bronquial y EPOC, enfermedad pulmonar, infección pulmonar, tuberculosis, enfermedad pulmonar, presión arterial alta: sistema de trasplante de pulmón de Lupus erythematoso. Entre las diferentes enfermedades respiratorias o que afectan al aparato digestivo que se tratan con terapia congestiva: asma bronquial, enfermedades pulmonares infecciosas (neumonía, tuberculosis), síndrome de apnea del sueño (SAHS), cáncer de pulmón

y enfermedades provocadas por el tabaquismo como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el enfisema pulmonar.

2 Objetivos

- Dar a conocer cuáles son alguno de los tipos de las enfermedades respiratorias.
- Exponer las actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante las enfermedades respiratorias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 causas de las enfermedades respiratorias son variadas, algunas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón están ligadas al consumo de tabaco, y también pueden estar ligadas a la contaminación del aire que respiramos.

En Villahermosa (México) se realizó un estudio en el que se determinaron los efectos de la contaminación del aire en la salud pública, lo que llevó a la conclusión de que se deben instalar redes de control de la contaminación del aire para prevenir enfermedades.

Por exposición a determinadas sustancias relacionadas con la actividad laboral, por ejemplo silicosis en mineros. Algunos trastornos que afectan seriamente la función pulmonar son hereditarios, como la fibrosis quística. Fue esencial en su desarrollo la aparición del broncoscopio, instrumento que permite el diagnóstico temprano del cáncer de pulmón incipiente, también es importante en el diagnóstico de patología autoinmune no filiada, realizando el legrado, cepillado y lavado bronquial, con aspiración citológica. Existen otros procedimientos tales como: la espirometría que es el estudio que mide la capacidad del pulmón y evalúa la función bronquial, fundamental para el diagnóstico de enfermedades como el

asma y el EPOC. Un procedimiento de importancia en neumología son las biopsias del pulmón y/o pleura que se realizan mediante toma de muestras de tejidos pulmonares o pleurales para el diagnóstico de enfermedades oncológicas, infecciosas o de otro tipo. La historia de su desarrollo comenzó a principios del siglo XIX con el trabajo de René Théophile Hyacinthe Lanec, un médico francés que inventó el estetoscopio. En España se separó de la cardiología tras una ley especial de 1977, con respecto a los residentes que anteriormente se habían graduado como neumólogos y cardiólogos, y que ahora son cardiólogos, neumólogos o neumólogos. El papel fundamental del técnico auxiliar tendrá como finalidad colaborar con el enfermero y el médico en todas las intervenciones que sean necesarias para que el paciente tenga una estabilidad y un tratamiento lo antes posible. Por lo que este sanitario procederá a:

- Toma de las constantes vitales.
- Toma de la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Toma de temperatura.
- Saturación de oxígeno.

De seguido procederá con la enfermera a la realización de una monitorización por electrocardiograma para tener un control continuo de la actividad cardíaca del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Enfermedades respiratorias causadas por infección, tabaquismo o inhalación de humo de segunda mano, exposición al gas radón, asbesto u otras formas de contaminación del aire. Como sabe, el sistema respiratorio apoya una de las funciones más importantes del cuerpo, que es el suministro de oxígeno a todo el cuerpo y la eliminación de los desechos de dióxido de carbono. Al mismo tiempo, también ayuda a regular la temperatura y estabilizar la sangre. De esta forma, entendemos que disfrutar de una buena respiración es fundamental para nuestra salud y bienestar. Por ello, hay que saberlo todo sobre las enfermedades respiratorias, sus causas y consecuencias. Para asistir a un paciente que presenta problemas respiratorios, el técnico auxiliar que estará en colaboración con la enfermera y el médico deberá tener conocimientos básicos sobre el proceso respiratorios y los posibles signos y síntomas que pueda presentar el paciente. Es por ello, que se necesita una formación adecuada y precisa en este tipo de situaciones. Los problemas respiratorios o las enfermedades de origen respiratorio son considerados como la segunda causa más común de una consulta de atención primaria o de urgencias, destacando la enfermedad obstructiva crónica y el asma bronquial.

Además de ello, el TCAE deberá conocer los materiales de la oxigenoterapia.

Capítulo 262

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO TOXICÓMANO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

VANESA SALMON HERAS

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

1 Introducción

Un enfermo toxicómano, también conocido como adicto a sustancias o drogas, es una persona que sufre de una enfermedad crónica caracterizada por la dependencia física o psicológica de sustancias adictivas, como drogas ilegales, alcohol o medicamentos recetados. Esta enfermedad afecta negativamente la salud física, mental y social del individuo y puede llevar a una serie de consecuencias devastadoras.

La dependencia química puede causar una variedad de problemas de salud, incluyendo daños al sistema cardiovascular, respiratorio y nervioso, así como trastornos mentales como la depresión o la ansiedad. Además, la adicción puede

tener un impacto significativo en las relaciones personales, la capacidad para mantener un empleo y la estabilidad financiera del enfermo.

El tratamiento del enfermo toxicómano es un proceso complejo que a menudo requiere la intervención de profesionales de la salud, terapeutas y consejeros especializados. Los enfoques de tratamiento pueden incluir terapia cognitivo-conductual, programas de desintoxicación, apoyo psicológico y grupos de apoyo. La recuperación generalmente implica un compromiso a largo plazo y un esfuerzo continuo por parte del individuo

La comprensión y el apoyo de la familia y la comunidad son fundamentales para el proceso de recuperación del enfermo toxicómano. La reducción del estigma social y el acceso a servicios de tratamiento efectivos son aspectos críticos para abordar esta compleja enfermedad y ayudar a las personas a recuperar sus vidas y su salud.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) pretenden ser el objetivo principal del capítulo en varias áreas del servicio de especializada hospitalaria.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en el cuidado y tratamiento del paciente toxicómano. Las funciones de un TCAE en este contexto son variadas y esenciales para brindar atención de calidad y apoyo durante el proceso de recuperación. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del TCAE en el cuidado del paciente toxicómano: Supervisión y observación: El TCAE debe estar atento a cualquier signo de deterioro físico o emocional en el paciente. Esto incluye observar cambios en el com-

portamiento, síntomas de abstinencia, signos de intoxicación o cualquier otra señal de alerta que requiera atención médica inmediata.

Asistencia en la desintoxicación: En algunos casos, los pacientes toxicómanos pueden requerir un proceso de desintoxicación para eliminar las sustancias adictivas de su sistema. El TCAE puede ayudar a supervisar los signos vitales del paciente, ofrecer apoyo emocional y administrar medicamentos según las indicaciones del médico.

Administración de medicamentos: Bajo la supervisión de un profesional de enfermería o médico, el TCAE puede ser responsable de administrar medicamentos según las pautas prescritas para aliviar los síntomas de abstinencia o para tratar condiciones médicas relacionadas con la adicción.

Apoyo emocional: El TCAE desempeña un papel fundamental al proporcionar apoyo emocional al paciente. Escuchar activamente, brindar comprensión y alentar a participar en terapias o grupos de apoyo son aspectos importantes de esta función.

Educación al paciente: El TCAE puede educar al paciente sobre los riesgos asociados con el abuso de sustancias, así como sobre las estrategias para mantener la sobriedad. Esto puede incluir consejos sobre hábitos de vida saludables y recursos disponibles para la recuperación.

Mantenimiento de registros: Llevar un registro preciso de la evolución del paciente, los medicamentos administrados y otros datos relevantes es esencial para la continuidad de la atención y la comunicación efectiva con el equipo de atención médica.

Colaboración en el plan de tratamiento: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con enfermeras y médicos para seguir el plan de tratamiento establecido para el paciente, asegurándose de que se cumplan todas las indicaciones médicas.

Seguridad y prevención de recaídas: El TCAE debe estar atento a la seguridad del paciente, evitando situaciones que puedan llevar a una recaída, como el acceso a sustancias adictivas. Esto puede requerir la restricción de ciertos objetos o actividades.

El TCAE juega un papel integral en el cuidado del paciente toxicómano, proporcionando asistencia en el tratamiento, apoyo emocional y contribuyendo a la seguridad y bienestar general del paciente durante su proceso de recuperación. La colaboración efectiva con el equipo de atención médica es esencial para brindar una atención integral y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una buena estancia hospitalaria del paciente toxicómano, es crucial que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) enfoque su atención en la empatía, la comunicación y la seguridad. En primer lugar, demuestre empatía y comprensión hacia el paciente, reconociendo que la adicción es una enfermedad, no un juicio moral. Esto puede ayudar a construir una relación de confianza y reducir la ansiedad del paciente.

La comunicación efectiva es esencial. Informe al paciente sobre su plan de tratamiento, los procedimientos y las expectativas de su estadía en el hospital. Escuche sus preocupaciones y preguntas con atención y brinde respuestas claras y honestas. Colabore estrechamente con el equipo de atención médica y terapéutas para garantizar una atención integral.

La seguridad debe ser una prioridad. Mantenga un entorno seguro, evitando el acceso a sustancias adictivas o cualquier elemento que pueda desencadenar una recaída. La prevención de lesiones y la vigilancia constante son esenciales. En resumen, una buena estancia hospitalaria para el paciente toxicómano se logra a través de la empatía, la comunicación y la seguridad, contribuyendo a su recuperación y bienestar.

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 263

LA ACTUACIÓN DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE PACIENTES

MARÍA JESÚS GARCÍA IGLESIAS

VANESA ALVAREZ SOMIEDO

1 Introducción

Un paciente es una persona que sufre dolor y malestar y que solicita la asistencia por parte de los servicios médicos, así como los cuidados de los profesionales para una mejoría de su salud.

Cada paciente tiene que pasar por una serie de etapas como son: la identificación de los síntomas, diagnóstico, tratamiento y resultado.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se incorpora en un equipo de trabajo que tiene una forma de trabajar muy particular dependiendo del lugar donde se encuentre y del tipo de paciente que tenga, es una figura imprescindible que junto con el resto de los profesionales sirven de apoyo para el paciente y su evolución clínica su trabajo se realiza en contacto directo, hasta llegar a convertirse en una figura cercana y siendo participe de sus miedos temores dudas a las cuales a las cuales puede contribuir de una positiva dando apoyo comprensión y respeto pero también es la persona sobre la que arrojan sus enfados y frustraciones.

El personal sanitario no debe considerar que el paciente tiene algo personal en su contra ya que dependiendo de la patología el paciente puede descargar su malestar al no ser capaz de gestionar sus emociones.

Existen distintos tipos de enfermedades y el contacto constante con el dolor y sufrimiento ajeno además de con la muerte muchas veces no es fácil de soportar por parte de los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE ante los distintos tipos 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

Existen distintos tipos de pacientes según la patología que padecen:

Pacientes agudos: donde su patología puede ser de carácter repentino y de escasa duración, con una buena previsión y la mayoría de las veces suelen responder de forma positiva al tratamiento.

Paciente quirúrgico: donde la importancia depende del éxito de la intervención ya que si se resuelve de forma positiva y definitiva puede ser un proceso único pero sino se resuelve de forma satisfactoria o solo con fines paliativos puede derivar en una patología crónica; Durante este proceso es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozcan al máximo la información sobre el paciente, entre otras actividades y actitudes observando si el paciente tiene claro la información sobre la enfermedad, el tratamiento, para que no haya malos entendidos y si hubiera alguna duda que fuera solucionada por el equipo médico; como vive el paciente el proceso y su patología y el nivel de dependencia que la enfermedad pueda ocasionarle enseñándole medidas de autocuidado para aumentar su autoestima.

Pacientes trasplantados: desde el momento en que lo introducimos en la lista de espera hay que explicarle de forma muy clara que su vida va a experimentar una mejoría considerable pero que va a llevar tiempo y va a ser dificultoso.

Paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o unidad de vigilancia intensiva (UVI): en estos tipos de pacientes el tace colabora y será un complemento activo observando e informando cualquier cambio al equipo médico ya que suele ser numeroso y de forma continua; pero no solo se encargará de esto sino que también se encargará de informar a la familia de las alternativas para una comunicación con el paciente sino pudiera hacerlo de forma verbal y establecerá una relación cálida con el paciente y sus familiares.

Paciente crónico: normalmente tiene un pronóstico insatisfactorio que puede ser debido a una patología o de una forma repentina que tendrá un tratamiento paliativo que no cura la enfermedad pero si alivia el dolor que pueda padecer el paciente; el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el resto de los profesionales facilitará al paciente la información necesaria para poder convivir con su patología para evitar su aislamiento social mediante la aceptación de la enfermedad.

Pacientes infecciosos con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), toxicómanos: son aquellos que pueden ser contagiosos para las personas que estén con él, no siempre existe un tratamiento probado para estos pacientes que pueden llegar a llevar al paciente a la muerte.

La actuación del tace en este proceso se incluye a la labor del equipo con las funciones que les sea designadas con apoyo emocional personalizado ya que dependiendo de la enfermedad puede ser muy traumático con sentimiento de culpabilidad, el contacto con algunos pacientes puede ser difícil.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos observado las funciones del técnico en cuidados de enfermería con los distintos tipos de pacientes enfermos suelen ser muy diversas no solo se basan en el aspecto técnico (como es la recogida de información, preparación de material y ropa) así como las técnicas relacionales (las que se realizan con el paciente teniendo un conocimiento previo de cómo realizar sus funciones) y por último las relacionales (como son las muestras de apoyo, asesoramiento e información) un TCAE no puede tener una actitud deformante con lo que se refiere a un paciente usando estereotipos, prejuicios (actitudes hostiles) efectos halo (basándose en un rasgo positivo o negativo), y por último la proyección (expresando sus sentimientos o vivencias sobre el paciente).

6 Bibliografía

1. <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-enfermeria>.
2. <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-atencion-psicologica/89>.
3. <https://bernalana.files.wordpress.com/2015/09/tema-1.pdf>
libro de promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente EDITEX (técnico en cuidados de enfermería).

Capítulo 264

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL TRANSPLANTE DE HÍGADO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

VANESA SALMON HERAS

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

1 Introducción

El trasplante de hígado es un procedimiento quirúrgico complejo y vital que implica la sustitución de un hígado dañado o disfuncional por uno sano de un donante fallecido o vivo. Este procedimiento se realiza en pacientes con enfermedades hepáticas graves, como cirrosis, hepatitis, cáncer hepático o trastornos genéticos que comprometen la función hepática.

El trasplante de hígado puede ser de dos tipos: ortotópico, en el que se coloca el nuevo hígado en la misma ubicación anatómica que el hígado original, o heterotópico, en el que el nuevo órgano se coloca en una ubicación diferente en el abdomen.

El éxito del trasplante depende de varios factores, incluyendo la compatibilidad entre el donante y el receptor, la calidad del órgano donado, y el cuidado postoperatorio. Los pacientes deben tomar medicamentos inmunosupresores de por vida para evitar el rechazo del nuevo hígado por el sistema inmunológico.

El trasplante de hígado puede mejorar significativamente la calidad de vida y la esperanza de vida de los pacientes, permitiéndoles llevar una vida más saludable después de la cirugía. Sin embargo, también implica riesgos y desafíos, como la posibilidad de rechazo del órgano o complicaciones asociadas a la inmunosupresión.

El trasplante de hígado es un procedimiento médico crítico que ofrece una segunda oportunidad de vida a pacientes con enfermedades hepáticas graves. Requiere una atención médica especializada y un seguimiento continuo para garantizar el éxito a largo plazo.

2 Objetivos

- Describir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) ante el trasplante de hígado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 crucial en el proceso de trasplante de hígado, contribuyendo a garantizar la atención y el bienestar del paciente antes, durante y después de la cirugía. Aquí se describen algunas de las funciones clave del TCAE en este procedimiento:

Preparación preoperatoria: El TCAE trabaja en conjunto con el equipo médico y de enfermería para preparar al paciente para la cirugía de trasplante de hígado. Esto puede incluir la toma de signos vitales, la preparación del paciente física y emocionalmente, y la verificación de los procedimientos preoperatorios.

Asistencia durante la cirugía: Durante la cirugía de trasplante de hígado, el TCAE puede desempeñar un papel de apoyo en el quirófano, ayudando al equipo quirúrgico con la logística y proporcionando los instrumentos y suministros necesarios.

Vigilancia postoperatoria: Después de la cirugía, el TCAE continúa monitoreando al paciente en la unidad de cuidados intensivos o en la sala de recuperación. Se encarga de observar los signos vitales, mantener la comodidad del paciente y alertar al equipo médico de cualquier cambio en la condición del paciente.

Administración de medicamentos: El TCAE puede estar involucrado en la administración de medicamentos postoperatorios, incluyendo analgésicos y medicamentos inmunosupresores para prevenir el rechazo del nuevo hígado.

Cuidado de las incisiones: El TCAE se encarga de cuidar las incisiones quirúrgicas, manteniéndolas limpias y observando cualquier signo de infección o complicación.

Movilización y cuidado del paciente: A medida que el paciente se recupera, el TCAE ayuda en la movilización, animando al paciente a moverse y caminar gradualmente para evitar complicaciones como trombosis venosa profunda o neumonía.

Apoyo emocional y educación: Brindar apoyo emocional al paciente y a sus familiares es esencial. El TCAE puede explicar el proceso de recuperación, responder preguntas y proporcionar información sobre el seguimiento médico.

Coordinación de cuidados: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada.

El TCAE desempeña un papel multifacético en el trasplante de hígado, garantizando el bienestar del paciente y contribuyendo a la atención segura y efectiva en todas las etapas del proceso. Su labor es esencial para el éxito de esta cirugía y la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo un trasplante de hígado de manera efectiva y segura, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, es esencial mantener una comunicación fluida con

el equipo médico y de enfermería, asegurándose de estar al tanto de los detalles del procedimiento y las necesidades específicas del paciente. La coordinación y la colaboración son fundamentales en este proceso.

Además, el TCAE debe enfocarse en la seguridad del paciente en todo momento. Esto incluye verificar la identidad del paciente y del donante (en caso de trasplantes de donante fallecido), asegurándose de que se sigan los protocolos de esterilización y manteniendo un entorno limpio y seguro en la sala de operaciones y las unidades de cuidados intensivos posteriores.

Asimismo, brindar apoyo emocional al paciente y sus familiares es esencial. El TCAE puede ayudar a reducir la ansiedad y proporcionar información clara sobre el proceso de trasplante. En resumen, el éxito de un trasplante de hígado depende de una comunicación efectiva, la seguridad del paciente y la atención integral, y el TCAE desempeña un papel clave en estos aspectos cruciales.

6 Bibliografía

-Gamarra, M. D. M., Montoya, F. A. M., Quinto, J. A. P., & Anchundia, G. M. A. (2020). Calidad de vida en pacientes con transplante de hígado. RECIMUNDO, 4(1 (Esp)), 250-255.

Capítulo 265

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

VANESA SALMON HERAS

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

1 Introducción

La enfermedad periodontal, también conocida como enfermedad de las encías, es una afección inflamatoria crónica que afecta los tejidos que rodean y soportan los dientes. Comienza con la acumulación de placa bacteriana en los dientes y las encías. Si no se trata adecuadamente, puede progresar y dañar los tejidos periodontales, lo que eventualmente puede llevar a la pérdida de dientes.

Existen dos etapas principales de la enfermedad periodontal:

Gingivitis: En esta etapa inicial, las encías se inflaman debido a la acumulación de placa bacteriana. Los síntomas incluyen encías rojas, hinchadas y sangrantes durante el cepillado dental o la limpieza con hilo dental. La gingivitis es reversible con una buena higiene bucal y limpiezas dentales regulares.

Periodontitis: Si la gingivitis no se trata, puede progresar a periodontitis. En esta etapa, la infección se profundiza y afecta los tejidos de soporte de los dientes. Puede causar la formación de bolsas periodontales, daño al hueso y la eventual pérdida de dientes. La periodontitis requiere un tratamiento más avanzado, que puede incluir raspado y alisado radicular, cirugía periodontal y, en casos graves, la restauración de dientes perdidos con implantes dentales.

La enfermedad periodontal no solo afecta la salud oral, sino que también se ha relacionado con problemas de salud sistémicos, como enfermedades cardíacas y diabetes. La prevención y el tratamiento temprano son esenciales para mantener una salud bucal óptima y prevenir complicaciones. Esto incluye una higiene bucal adecuada, visitas regulares al dentista y la identificación y gestión temprana de los signos de enfermedad periodontal.

2 Objetivos

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y sus funciones pretender ser el objetivo principal del capítulo en varias áreas del servicio de especializada hospitalaria.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel significativo en el cuidado y la prevención de la enfermedad periodontal, trabajando en estrecha colaboración con el equipo de atención odontológica y médica. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del TCAE en relación con la enfermedad periodontal

Educación al paciente: Una de las funciones más importantes del TCAE es educar a los pacientes sobre la importancia de una buena higiene bucal y la prevención de la enfermedad periodontal. Esto incluye instrucciones detalladas sobre el

cepillado dental adecuado, el uso del hilo dental y otros dispositivos de limpieza bucal, así como la importancia de las visitas regulares al dentista para exámenes y limpiezas.

Apoyo en procedimientos dentales: Durante procedimientos dentales, como la limpieza profunda o el raspado y alisado radicular, el TCAE puede ayudar al odontólogo proporcionando asistencia y asegurando que el paciente esté cómodo y bien preparado para el tratamiento. Esto incluye la preparación de la sala, la colocación de equipos y la asistencia al dentista según sea necesario.

Registro y documentación: Mantener registros precisos de la salud bucal de los pacientes es fundamental. El TCAE debe registrar cualquier observación relevante sobre la salud periodontal del paciente, como sangrado de encías, inflamación o movilidad dental. Estos registros son valiosos para el seguimiento del tratamiento y la planificación de la atención futura.

Apoyo emocional: Para algunos pacientes, la enfermedad periodontal puede ser estresante o incómoda. El TCAE puede proporcionar apoyo emocional, escuchando las preocupaciones del paciente y brindando aliento durante el tratamiento dental. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la experiencia del paciente.

Mantenimiento de instrumentos y equipos: El TCAE es responsable de asegurarse de que todos los instrumentos y equipos utilizados en el cuidado bucal estén limpios y en buen estado de funcionamiento. Esto garantiza la seguridad del paciente y la eficacia de los procedimientos.

Promoción de la salud bucal: Además de la educación individual, el TCAE puede participar en programas de promoción de la salud bucal en la comunidad, ayudando a aumentar la conciencia sobre la importancia de una buena salud periodontal y la prevención de la enfermedad.

El TCAE desempeña un papel fundamental en la prevención y el cuidado de la enfermedad periodontal, proporcionando educación, apoyo durante los procedimientos, mantenimiento de registros y promoción de la salud bucal. Su contribución es esencial para garantizar que los pacientes mantengan una salud bucal óptima y eviten complicaciones periodontales.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen tratamiento de la enfermedad periodontal, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede ofrecer las siguientes recomendaciones: Primero, es fundamental enfatizar la importancia de una higiene bucal rigurosa y regular. Aconseje a los pacientes sobre el cepillado dental adecuado, el uso diario

del hilo dental y la limpieza de la lengua. Motive a seguir una rutina de cuidado bucal constante.

Además, anime a los pacientes a mantener sus citas odontológicas regulares. Las visitas periódicas al dentista permiten un seguimiento adecuado de la salud periodontal y la detección temprana de problemas. Inste a los pacientes a comunicar cualquier síntoma de enfermedad periodontal, como encías sangrantes o inflamadas, de inmediato para una intervención temprana. La colaboración entre el paciente y el equipo de atención es esencial para un tratamiento exitoso de la enfermedad periodontal y la prevención de complicaciones a largo plazo.

6 Bibliografía

Sojod, B., Périer, J. M., Zalcberg, A., Bouzegza, S., El Halabi, B., & Anagnostou, F. (2022). Enfermedad periodontal y salud general. EMC-Tratado de Medicina, 26(1), 1-8.

Capítulo 266

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE TRIAJE DE URGENCIAS

SONIA BRASERO CANO

MIRIAM ALONSO CANO

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

1 Introducción

La zona de triaje del servicio de urgencias es un lugar habilitado para realizar las primeras tomas de contacto entre el enfermo que acude como el personal sanitario que allí trabaja.

La asistencia inicial en el servicio de triaje nos permite establecer una prioridad en la atención de cada paciente dependiendo de la gravedad que presente el paciente.

No obstante, no debemos ignorar que esto solo es una valoración inicial basada en una anamnesis del paciente así como en la toma de una serie de parámetros para establecer el riesgo que presenta la persona en cuestión. Estos parámetros son

la temperatura, la tensión arterial, el pulso y la saturación de oxígeno en sangre. Puede ser que se realice algún tipo de exploración complementaria, aunque no es lo normal.

En el área de triaje normalmente se encuentran una enfermera y un técnico en cuidados auxiliares de enfermería. También suele haber un celador para la distribución de los pacientes según la especialidad que precisen.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es quien generalmente en este servicio se ocupa de la asistencia del paciente y el enfermero es quien se encarga de realizar la anamnesis al paciente y dejarlo todo registrado en el programa informático para que después puedan tener acceso los médicos a dicha información.

2 Objetivos

Con la realización del presente capítulo pretendemos explicar la importancia que supone que el paciente que acude a urgencias pase por triaje para poder prestarle una mejor y más concreta atención.

Además queremos detallar la importancia de la figura del TCAE así como las diferentes funciones que lleva a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos o publicaciones relacionadas con el servicio de urgencias.

De igual modos hemos consultado diferentes bases de datos como Scielo o Medline empleando términos como triaje, urgencias hospitalarias anamnesis.

4 Resultados

Dentro del servicio de las urgencias hospitalarias que es muy amplio, hay una zona delimitada que es el área de triaje. Quizá sea una de las zonas con mayor relevancia, puesto que si esta pequeña área funciona bien probablemente las urgencias también lo harán.

Es necesario explicar que cuando hablamos del trabajo que se desempeña en el triaje, nos estamos refiriendo, no solo a la primera toma de contacto con el paciente,

si no que hablamos de un sistema de clasificación de cada paciente que acude a urgencias.

Con este mecanismo podremos establecer un orden de prioridad para llevar a cabo la atención sanitaria de una manera eficaz y rápida, asegurándonos la disminución del riesgo para el enfermo.

Generalmente este orden de prioridad se establece en función de 5 niveles y viene determinado por el estado del paciente, tras una exploración inicial y además por la anamnesis o historia clínica que el propio paciente nos refiere.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una serie de funciones muy claras y determinantes dentro del servicio de triaje, que detallaremos a continuación;

- En primer lugar y lo más importante es la identificación del paciente mediante una pulsera con su nombre y el número de su historia clínica.
- Posteriormente será la enfermera quien entable una conversación con el paciente para ver que dolencia presenta y para indagar un poco sobre cuál es su situación,
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será quien acomode al enfermo y procederá a realizar la toma de constantes, como temperatura, tensión arterial, saturación y pulso,
- En todo momento el auxiliar de enfermería deberá comunicar el resultado de la toma de constantes al enfermero para que este lo pueda dejar debidamente registrado.
- Una vez valorado el paciente se le asignará un código según la prioridad que tenga para ser atendido, y se le acompañará a la sala de espera o donde la enferma indique.
- Una función muy importante que debe realizar el auxiliar de enfermería es el mantenimiento y limpieza del área de triaje, asegurándose que no falte nada entre paciente y paciente y que todo quede correctamente desinfectado.

5 Discusión-Conclusión

Si atendemos a diferentes artículos y publicaciones así como estadísticas sanitarias, podemos afirmar que el servicio de urgencias cada vez está más colapsado. Por este motivo y atendiendo a las necesidades de los diferentes profesionales sanitarios se creó el área de triaje.

Gracias a esto se ha podido realizar una valoración real del tipo de paciente que acude a urgencias y así determinar las prioridades en la atención sanitaria. De este modo se ha pretendido reducir los tiempos de espera y los colapsos

que muchas veces se generan en urgencias, y que además suponen un impacto económico alto y negativo.

Por todo esto adquiere tanta importancia un buen funcionamiento del servicio de triaje, que cada uno de los profesionales que lo conforman sepan que trabajo han de realizar y de qué manera hacerlo siempre pensando en el bien común.

6 Bibliografía

1. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias (isciii.es).
2. Importancia del triaje en el servicio de urgencias. (revistasanitariadeinvestigacion.com).
3. ¿Qué es el triaje? ¿Cómo funciona este proceso en los hospitales? (larazon.es).

Capítulo 267

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE NEUMOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

1 Introducción

Para empezar esta revisión bibliográfica, en primer lugar es importante saber quién es el personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que va a realizar su trabajo dentro de una institución sanitaria.

Se puede decir, que el TCAE es un profesional de la salud que para llegar a su titulación, ha tenido que superar un curso que es el que le habilita para conseguir el título de grado medio que le acredita estar preparado para poder cuidar a los pacientes que va a atender en la institución sanitaria y también poder actuar en las diferentes áreas pasando a formar parte de un equipo sanitario.

Por decirlo de alguna manera, el personal TCAE es el que se encarga de atender a los pacientes en lo referente al aseo, alimentación y movilidad.

Además, también colabora con el resto de profesionales sanitarios de la institución donde se encuentra.

También se puede decir que el TCAE, hoy en día, está muy demandado tanto en la sanidad pública como en la privada.

El personal TCAE está capacitado para actuar en las distintas áreas como son la atención primaria, urgencias, rehabilitación, consultas externas, etc.

El aparato respiratorio sirve para conducir el oxígeno a la sangre y a los tejidos. Está compuesto por las fosas nasales, que comunican el aparato respiratorio con el exterior, boca, faringe que es el conducto común para el aparato digestivo y el respiratorio, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y pulmones que son los órganos principales del aparato respiratorio.

Los procesos respiratorios tienen varias fases como la ventilación, que es cuando el aire se mueve hacia el interior y exterior de los pulmones (inspiración y espiración), perfusión, cuando la sangre se oxigena en los pulmones, llega hasta los tejidos y vuelve y transporte de los gases cuando el dióxido de carbono y oxígeno se fusiona a la hemoglobina y se disuelve en el plasma para llegar a las células.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en la consulta de neumología en el 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

Respecto al paciente que tiene problemas respiratorios, hay que revisar su historia clínica y hacer una exploración de las vías respiratorias.

Las pruebas diagnósticas son la gasometría arterial, radiografía de tórax, tomografía axial, gammagrafía pulmonar, toracocentesis y broncoscopia, según la necesidad de cada paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería apoya al médico y enfermera para diagnosticar al paciente, empezando tomar las constantes vitales, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la temperatura y ver la saturación del oxígeno, también está colaborando con la enfermera a la realización de una monitorización por electrocardiograma.

Las patologías más frecuentes en enfermos respiratorios son rinitis, sinusitis, laringitis, bronquitis, enfisema pulmonar, asma, bronquiectasia, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía, edema pulmonar, carcinoma bronquial y pleuritis.

Los cuidados respiratorios que hace el TCAE junto al médico y enfermera son: fisioterapia respiratoria, enseñando al paciente los ejercicios respiratorios, como utilizar el inspirómetro, que se utiliza para prevenir y tratar complicaciones pulmonares favoreciendo el drenaje de secreciones o el procedimiento de percusión u vibración y la oxigenoterapia que está indicada en las enfermedades respiratorias.

Los dispositivos para la administración del oxígeno en pacientes son: las mascarillas se utilizan para administrar oxígeno de forma rápida durante cortos periodos de tiempo, gafas nasales se utilizan cuando el paciente debe respirar por la nariz y con un flujo bajo de oxígeno, sonda nasal para administrar el oxígeno a través de una sonda nasofaríngea y tiendas de oxígeno que se emplea para pacientes muy inquietos y niños.

Otros cuidados respiratorios son: ventiloterapia y respiración artificial, que se hace con respiradores de presión, de volumen o que actúan por ciclos de tiempo. En pacientes que tienen traqueostomía hay que aspirar secreciones bucofaríngeas y traqueobronquiales y limpiar y cambiar la cánula de traqueostomía. Los cuidados de la traqueostomía los realiza la enfermera en colaboración con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados a los enfermos respiratorios se deben llevar a cabo sin olvidar el estado psicológico del paciente que está muy sensible, el TCAE tiene que empatizar con él y explicar cada procedimiento que se hace y responder a cualquier consulta que le haga.

Al paciente que está intubado debe facilitarle los medios necesarios para que pueda comunicarse, cuaderno, lápiz.

El TCAE tiene que preparar al paciente, informar, explicar y preservar la intimidad y confidencialidad del paciente.

La paciencia, la tranquilidad y empatía son esenciales en el trato diario del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 268

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

Cuando una persona ha muerto, el último servicio que se le presta son los cuidados post mortem.

Los cuidados post mortem son un conjunto de atenciones que se prestan a la persona fallecida antes de trasladarla al depósito de cadáveres o al velatorio.

Los cuidados post mortem se lleva a cabo por los auxiliares de enfermería, a veces con la ayuda de los enfermeros o enfermeras. Hay centros u hospitales en los que, una vez certificada la muerte, se avisa a la compañía funeraria, son estos profesionales quienes se encargan de los procedimientos. Antes de ocuparse del cadáver, es necesario atender a las familias, aliviando su dolor y ayudando a

reducir la angustia de la pérdida. Como auxiliar debemos tratar con respeto y comprensión y disponibilidad constante.

La muerte es el cese total y definitivo en todas las funciones vitales del organismo. Una vez que el facultativo ha certificado la muerte, el personal de enfermería debe efectuar unas últimas actuaciones y el auxiliar de enfermería prepararemos la unidad del paciente.

La presencia de los signos de muertes es una exploración física sencilla o con ayuda de instrumentos donde se confirma la muerte real y permite que el personal médico firme la certificación de defunción.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) ante un paciente que ha fallecido.
- Exponer las fases y signos relativos al fallecimiento.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El profesor Gisbert Calabuig clasificó las fases involucradas en un fallecimiento: 1ª Fase, muerte aparente: la persona aún está viva, pero sus órganos van debilitándose, los latidos del corazón, la respiración y los signos vitales van desapareciendo paulatinamente.

2ª Fase, muerte relativa: es la etapa de la prolongación del dolor, las funciones neurológicas, respiratorias y la circulación son muy débiles, pero aún se puede aplicar el proceso de reanimación.

3ª Fase, muerte en metafase: en esta etapa, la actividad biológica de los órganos y tejidos se pierde de forma gradual e irreversiblemente, ya no es posible la aplicación de la reanimación.

4ª Fase, muerte absoluta: es la extinción absoluta de las funciones biológicas del organismo.

El facultativo es el responsable de certificar el fallecimiento de un paciente, para ello realizará un electrocardiograma, cuándo este muestre resultados planos referentes a la actividad biológica del paciente, será cuando firme el certificado de defunción, (poniendo la fecha y hora de fallecimiento y el motivo que lo causó) y la orden de traslado del paciente fallecido, el médico será la persona que informe a los familiares del fallecimiento. Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (TCAE), junto a los celadores, deberán proceder a la preparación del fallecido, quitando drenajes, sondas, vías, catéteres, etc. y realizarán el aseo e higiene, lo envolverán en una sábana y posteriormente en un sudario, dejando libre el rostro del exitus, todo ello lo realizarán con el máximo respeto, una vez preparado se dejará pasar a sus familiares para que puedan despedirse en la intimidad. Todo el personal deberá brindar apoyo emocional a las personas cercanas al fallecido, respetando la ideología religiosa y cultural tanto del fallecido como de sus allegados. Una vez se hayan despedido, se cerrará el sudario y se tapará con una sábana, poniendo pegatinas de identificación para llevarlo al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

La muerte es la desaparición de todo signo de vida, se interrumpe la circulación sanguínea, el transporte de nutrientes, cesa la función respiratoria y los órganos dejan de funcionar, hasta la parada final del corazón, el fallecimiento siempre debe ser certificado y firmado por un facultativo. El personal de enfermería, los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería y los celadores, se encargarán de la preparación del cuerpo, mostrando siempre el máximo respeto, así mismo también deberán empatizar y mostrar apoyo a los familiares, informándoles de los trámites a seguir respecto a funeraria y ayudándoles en lo que necesiten, respetando su dolor y creencias religiosas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 269

EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE TIENE ALZHEIMER

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

1 Introducción

El Alzheimer es un tipo de demencia neurodegenerativa del sistema nervioso que provoca deterioro cognitivo y motriz de la persona que la padece. Una posible sintomatología de la demencia de Alzheimer son los delirios, las alucinaciones, la depresión, el insomnio, la ansiedad, la agresividad y la agitación. Estos síntomas son comúnmente asociados al Alzheimer. También existen otros síntomas como por ejemplo: la pérdida de memoria, problemas de lenguaje, dificultad para hacer tareas simples, desorientación en tiempo y espacio, pérdida de juicio, dificultad para tener pensamientos elaborados, pérdida de objetos, cambios en el estado de ánimo, cambios de conducta o pérdida de la iniciativa.

Como cualquier demencia, afecta de manera gradual al deterioro cognitivo de la persona una vez se manifiesta. Hay terapias que ayudan a paliar estos síntomas de manera que no avance tan rápidamente la enfermedad. En este tipo de pacientes es fundamental la figura del cuidador, que también debe cuidar su salud mental. Debe aprender a gestionar las emociones con técnicas basadas en la inteligencia emocional, el mindfulness y otros métodos de relajación para poder llevar a cabo esta misión de cuidar a un paciente de estas características tan complejas. Y más si la persona a cargo es familiar.

2 Objetivos

Exponer cómo facilitar, mejorar y controlar la asistencia a los enfermos con demencia para mejorar su calidad de vida, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actualmente, el Alzheimer es una enfermedad incurable y terminal. No obstante, existen tratamientos y cuidados que suavizan los síntomas y ralentizan el curso de esta enfermedad. Es muy importante la medida a adoptar de las familias encargadas del cuidado de estos pacientes, ya que un ambiente familiar feliz hace que se retrase la enfermedad.

La enfermedad de Alzheimer, poco a poco, provoca cambios drásticos en la vida de los pacientes y sus familias, dificultando la realización de las actividades diarias y provocando depresión en los pacientes. La posición del auxiliar de enfermería con los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en el hospital, es la siguiente:

- Hablar al paciente claro, amable y relajado, con un tono de voz comprensible para no molestar al paciente.
 - Al entrar en la habitación, siempre deben presentarse y explicar en un lenguaje claro y comprensible lo que deben hacer para evitar el miedo. Proporcione un ambiente cómodo, sin ruidos ni distracciones. - También se debe garantizar la privacidad del paciente.
 - Explicar al paciente lo que debe hacer en oraciones cortas.
 - Hacer que el paciente se sienta escuchado, involucrándose y participando en la conversación.
 - Animar al paciente a realizar actividades sencillas relacionadas con su higiene y alimentación que le proporcionen satisfacción, asegurando una cierta independencia con una supervisión constante, aumentando así su confianza en sí mismo y retrasando así la progresión de la enfermedad.
 - Cuando regresen a casa después del alta, se les debe explicar bien a ellos y a sus familias las instrucciones que deben seguir para facilitar su vida diaria y mejorar la protección sin renunciar a la supervisión constante.
- Especialmente si se está confundido o desorientado, ayuda a concentrarse y evitar posibles ataques de ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.

3. <http://books.google.es>.

Capítulo 270

LAS FUNCIONES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ATENCIÓN HACIA EL PACIENTE EPILÉPTICO

MARÍA MIGUEL RUBIO

AMPARO GARCÍA TORRICO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

KARINA CRUCES NUÑEZ

LUPE JARA

1 Introducción

Una crisis epiléptica es una manifestación clínica provocada por una descarga anormal, excesiva y descontrolada de un grupo de neuronas producida a nivel cerebral. Esto se puede manifestar como fenómenos anormales súbitos y transitorios que pueden incluir: alteraciones de la conciencia, motoras, sensoriales, autonómica o episodios de naturaleza psíquica.

La epilepsia es una enfermedad crónica caracterizada por dos o más crisis epilépticas que ocurren de manera frecuente o recurrente, y no están provocadas por ninguna causa inmediata. Dentro de las crisis múltiples producidas en un periodo de tiempo de 24 horas son considerados como un único episodio.

La etiología de las crisis epilépticas está influida por la edad: en los neonatos se pueden dar debido a hipoxia neonatal, dentro de la primera semana de vida se pueden producir por metabolopatías, más tarde en adolescentes, idiopáticas y traumáticas, entre los 18 y 35 años generalmente por traumatismos craneoencefálicos y por encima de los 50 años por accidentes cerebro-vasculares.

Aunque también existen otros agentes causantes como son las causas genéticas o idiopáticas, son producidas por alteraciones o mutaciones genéticas; infecciones siendo esta la causa más común a nivel mundial etc.

Es por ello que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá conocer cómo se desarrolla este tipo de enfermedad o patología para detectar en el momento que pueda ocurrir, así como de actuar de manera adecuada para minimizar los posibles problemas potenciales derivados de una crisis convulsiva.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se establece desarrollar las responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la atención al paciente epiléptico, así como de analizar los conocimientos que deben poseer para un buen manejo de las crisis epilépticas presenciadas.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica en la cual se ha realizado una búsqueda en bases de datos como Dialnet o Medline, donde se encuentran resultados el objetivo propuesto para desarrollar una serie de cuidados a tener en cuenta por la TCAE para identificar los posibles problemas potenciales del paciente que sufre de ataques epilépticos así como de minimizar los riesgos potenciales derivados de este problema.

4 Resultados

Los cuidados de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería van a venir determinados por una serie de causas tras presenciar una crisis convulsiva. El paciente deberá permanecer en el suelo, en posición lateral de seguridad, así como intentar la retirada de los objetos para evitar posibles daños. Durante la crisis no tendremos que mover ni sujetar al paciente, aflojaremos la ropa en la medida de lo posible para intentar mantener una correcta ventilación y mantener en todo

momento la vía aérea permeable. En caso de que los maxilares estén cerrados debido a un espasmo no se deberá forzar a abrir la boca, ya que podremos causar una fractura de mandíbula, y a la persona que se encuentra atendiendo en este tipo de situaciones daños por mordeduras.

Después de que el paciente ha sufrido una crisis epiléptica, tiene riesgo de presentar hipoxia, vómitos y aspiración pulmonar por tanto en el servicio de urgencias, o planta de hospitalización se deberá mantener material necesario para mantener vía aérea permeable, como puede ser un guedel así como asegurarse que el paciente tiene una vía de acceso venoso en el caso de que administrar tratamiento lo antes posible.

Cuando un paciente entra en status epiléptico, es definido como la presencia de una crisis única de más de 30 minutos de duración, y no da tiempo recuperarse se deberá proceder a la sedoanalgesia del paciente de manera inducida e intubación orotraqueal.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería deberá permanecer alerta a cualquier cambio de estos pacientes, así como de saber actuar en caso de presenciar una crisis epiléptica cuando ocurren dentro del entorno hospitalario. En el caso de vómitos, o recogida de muestra fisiológica ella será la responsable de recogerlas, así como de enviarlas al laboratorio lo antes posible. Se quedará reflejado en su parte y se deberá contar de unas compañeras a otras para mantener toda la información adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo se da respuesta al objetivo principal planteado de estudio, puesto que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tendrá gran parte de responsabilidad en poseer los conocimientos adecuados cuando trabaja dentro del entorno hospitalario, y así conocer la manera de actuación cuando presencia este tipo de crisis convulsivas o epilépticas.

Además, se ha demostrado que una adecuada actuación va a evitar que se produzcan más daños en el paciente y por tanto tenga una mejor recuperación ante estas crisis, con esto se resalta la importancia de que la TCAE actúe de manera adecuada y se protocolice este tipo de actuaciones o intervenciones.

6 Bibliografía

1.Cortez Salazar, M. F. (2018). Proceso de atención de enfermería aplicado en paciente de adultez media con crisis epilépticas.

2. Benavides, J., Rodríguez, L., Díaz, A., Concepción, B., Villa, A., & Fernández, R. (2004). Cuidados integrales de enfermería en pacientes sometidos a cirugía de epilepsia. *Medwave*, 4(01).
3. Hernando Larroy, A., & Fleita Zaragozano, J. Atención de enfermería en la epilepsia: programa de educación para la salud dirigido a familiares de niños afectados.

Capítulo 271

LOS CONOCIMIENTOS DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREPARACIÓN DE LAS DIETAS EN LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

MARÍA MIGUEL RUBIO

AMPARO GARCÍA TORRICO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

KARINA CRUCES NUÑEZ

LUPE JARA

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario en las diferentes plantas de hospitalización se pueden realizar diferentes pruebas y para ello la dieta va a ser importante antes de cada prueba o intervención.

La alimentación son una serie de actos voluntarios que llevan a elegir, preparar e ingerir determinados alimentos, con susceptibilidad de modificación según cam-

bios y estilos de vida que pueden influir debido a factores socioeconómicos, psicológicos u otros.

La nutrición es aquel proceso por el contrario involuntario, comienza cuando se ingiere un alimento, y se usa los nutrientes con el fin de mantener y reparar los tejidos con el fin de conseguir energía de ellos, obedeciendo fisiológicamente a las necesidades de cada individuo.

Cuando un paciente ingresa en cualquier unidad será necesario hacer constar el peso, puesto que es un indicador de la masa corporal de fácil obtención y es sensible a constatar cualquier deficiencia nutricional; y por otro lado la talla, que se obtendrá con el paciente en bipedestación generalmente.

Es por ello que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tendrá que primera función cuando un ingreso llegue a planta anotar peso, talla y altura y si fuera preciso realizando una medición diaria según pauta médica o si nota que el paciente ha perdido o ganado peso en un espacio corto de periodo de tiempo.

2 Objetivos

Con este trabajo se plantea y establece el objetivo de desarrollar la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y analizar su conocimiento en las dietas que precisa cada paciente según procedimiento o prueba diagnóstico a realizar.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica en la cual se ha realizado una búsqueda en bases de datos como Dialnet o Medline, donde se encuentran resultados el objetivo propuesto para desarrollar una serie de cuidados a tener en cuenta por la TCAE para mantener una buena y correcta alimentación en pacientes que se encuentran en situación de hospitalización.

4 Resultados

Dependiendo del tipo de prueba diagnóstica que se tenga que realizar al paciente se va a precisar que anteriormente este tenga una preparación en su alimentación. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería tendrán que anotar en su parte y transmitir la información adecuada, además de constatar con el equipo de enfermería la dieta del paciente. Será importante también que se dejen señales

en la habitación con carteles para evitar errores cuando se estén repartiendo las comidas.

En el caso de realizarse una ecografía abdominal el paciente tendrá un ayuno de 8 horas, no tendrá que orinar al menos 2-3 horas previas a realizarse la ecografía. Para una endoscopia el ayuno se iniciará ocho horas antes del estudio, y se deberá suspender 24 horas antes los antiácidos, es decir, si el paciente toma algún tipo de protector gástrico.

Para las colonoscopias se precisarán de previa preparación tres días antes, comenzando con el mantenimiento de una dieta sin residuos, es decir, toda aquella dieta que lleve carnes magras, pescado blanco, huevo etc, se deberán evitar las verduras, legumbres y cereales, es decir, todo aquello que aporte fibra a la dieta. En él, según día, la dieta tendrá que ser líquida y por último se deberá mantener en ayunos ocho horas antes de la cirugía.

En el caso de realizarse alguna prueba para la detección de sangre oculta en heces, se utilizará el método de interacción antígeno-anticuerpo, para ello se deberá detectar sangre humana y se deberán evitar alimentos y fármacos como carnes rojas, derivados, pescado, fruta fresca o en zumos. Además de evitar los fármacos que contengan vitamina C o E, ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios, colchicina y hierro.

Todo esto deberá ser anotado y tenido en cuenta por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en las plantas de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo se da respuesta el objetivo propuesto en un inicio a fin de resaltar la importancia que tiene el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de hospitalización y la responsabilidad que conllevan para mantener una dieta adecuada del paciente, así como de evitar que haya errores de comida. Será importante que las TCAE conozcan las alergias alimentarias de cada paciente, así como de los gustos para favorecer una buena ingesta durante su estancia hospitalaria. Todo esto contribuye a desarrollar y que tome relevancia el papel y la función que realizan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

6 Bibliografía

1. Murcio-Pérez, E., & Téllez-Ávila, F. (2012). Opciones de preparación para colonoscopia. *Endoscopia*, 24(1), 23-31.

2. Plata, M., Rodríguez, S., Trujillo, G., Rivera, M., Díaz, J. C., Pedraza, A., & Gómez, F. (2010). Tendencias en la preparación y realización de la ecografía transrectal de próstata y biopsia en Colombia. Censo Urologico nacional. Revista Urología Colombiana, 19(2), 77-84.
3. Hernández Zaballos, F. (2016). Ecografía y vía aérea difícil. Ecografía y vía aérea difícil, 83-91.

Capítulo 272

EL PAPEL Y LA FUNCIÓN DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR VÍA ENTERAL

MARÍA MIGUEL RUBIO

AMPARO GARCÍA TORRICO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

KARINA CRUCES NUÑEZ

LUPE JARA

1 Introducción

La nutrición enteral se puede definir como una técnica de soporte utilizada en aquellos pacientes que no pueden o tienen alguna dificultad para satisfacer sus necesidades nutricionales en la ingesta oral, y además presenta una función conservada y suficiente del tracto gastrointestinal.

Habrán una serie de casos en los que esta alimentación esté indicada cuando el tracto intestinal no tenga ningún tipo de alteración anatómica o funcional: en los casos que exista un trastorno del nivel de conciencia, como puede producir

los accidentes cerebro-vasculares, en los casos de la trombosis, embolia, traumatismos craneoencefálicos, nivel bajo de conciencia etc.

También puede darse en los casos cuando un paciente presente alguna enfermedad neurológica que impide realizar el proceso de deglución. Cuando existen los casos de anorexia, provocados por estados avanzados de enfermedades tumorales y también en los casos de anorexia nerviosa.

En pacientes de edad avanzada que no puedan realizar el proceso de deglución y necesiten de otro tipo de soporte, en grandes quemados, etc.

Es por ello que conocer en los casos que se debe administrar la alimentación por vía enteral y la manera de hacerlo serán una función que asuma el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conjuntamente con el personal de enfermería.

2 Objetivos

Para este trabajo se establece como principal objetivo de estudio el analizar y desarrollar como manejar la vía de administración de nutrición enteral por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica en la cual se ha realizado una búsqueda en bases de datos como Dialnet o Medline, donde se encuentran resultados el objetivo propuesto para desarrollar una serie de cuidados a tener en cuenta por la TCAE para realizar unos buenos cuidados y manejar de manera adecuada las vías de administración de la nutrición enteral.

4 Resultados

La vía de administración de manera vía oral requiere una colaboración por parte del paciente, en caso de que este no pueda por alguna impotencia funcional u otra causa será el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería la que de soporte y ayuda al paciente. Puede emplearse suplementación y cuando la ingesta o la deglución se vean alteradas se deberán emplear dispositivos como las sondas u ostomías.

Las sondas nasogástricas son las más usadas para la administración de preparados de la nutrición enteral para un corto y medio plazo, entre 4 y 6 semanas. Los pacientes con un estado del estómago anatómico y funcionalmente conservado y

que mantengan el reflejo del vómito intacto serán candidatos a utilizar este tipo de accesos.

Para su correcta administración, la TCAE tendrá que asegurarse que previamente a la administración de la nutrición deberá retirar o aspirar el contenido estomacal, si este es mayor a 50ml, deberá reintroducirlo y esperar de nuevo para asegurarse que se ha realizado una digestión completa. En caso contrario puede provocar al paciente un llenado del estómago excesivo y que realice una broncoaspiración. En las sondas nasoduodenal o nasoyeyunal se recomienda en caso de riesgo de aspiración, para problemáticas de vaciamiento gástrico o para pasar orificios fistulosos en intestino o al conducto de Wisung. La nutrición se deberá de administrar de manera continua por medio de una bomba de infusión, para ello la TCAE tendrá que saber cambiar las bolsas de la alimentación que vienen preparadas desde farmacia y realizar lavados con agua en caso de necesitarlo.

Por último, en las sondas de gastrostomía serán indicadas en las obstrucciones esofágicas, será una vía de elección para aquellas nutriciones enterales y duraderas que el tiempo estimado sea mayor a seis semanas, y la técnica más utilizada será la gastrostomía endoscópica.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final de este trabajo se da respuesta al objetivo principal establecido, se ha desarrollado la función que mantiene los Técnicos en Cuidados de Enfermería en la administración de la vía enteral en pacientes que tiene problemas totales o parciales para realizar la acción de la alimentación.

Es por ello que se pone de relieve la formación y educación en este tipo de dispositivos que tienen que tener los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para favorecer unos cuidados de calidad y evitar con ello efectos adversos que puedan producirse en los pacientes sometidos a este tipo de técnicas y dispositivos.

6 Bibliografía

1. Álvarez Hernández, J., Peláez Torres, N., & Muñoz Jiménez, A. (2006). Utilización clínica de la Nutrición Enteral. *Nutrición Hospitalaria*, 21, 87-99.
2. González, C. M., Porbén, S. S., & Penié, J. B. (2001). Diseño e implementación de un esquema intrahospitalario de Nutrición enteral. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 15(2), 130-8.
3. Prado, R. A., Márquez, H. A., & Moya, D. A. (2012). *Nutrición enteral y parenteral*. McGraw-Hill Interamericana.

Capítulo 273

ABORDAJE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS COLEGIOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA

ROSANDRA ALVAREZ GARCIA

1 Introducción

La figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) como mecanismo para alcanzar las metas propuestas por La Organización de las Naciones Unidas, para la Educación, Ciencia y la Cultura, en el apartado “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y en todas las edades”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible son dos iniciativas clave en la promoción de la salud a nivel global.

1. OMS (Organización Mundial de la Salud): La OMS es la agencia de las Naciones Unidas encargada de promover la salud a nivel internacional. Su misión es liderar los esfuerzos mundiales para mejorar la salud de las personas. La OMS establece normas, proporciona asesoramiento técnico, realiza investigaciones y coopera con gobiernos y organizaciones para abordar los desafíos de salud a nivel mundial. Sus programas incluyen la erradicación de enfermedades, la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades no transmisibles.

2. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: La Agenda 2030 es un plan de acción global adoptado por todos los Estados miembros de las Naciones Unidas en 2015. Su objetivo principal es abordar una serie de desafíos, incluida la salud, y lograr un desarrollo sostenible para el año 2030. Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) clave es el ODS 3: "Salud y bienestar", que busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las edades. La Agenda 2030 reconoce que la salud es fundamental para el desarrollo sostenible y se relaciona con otros ODS, como la erradicación de la pobreza y el acceso a la educación.

La presencia de personal capacitado puede favorecer de manera significativa en la promoción de la salud y del bienestar tanto de los estudiantes como de todo su entorno incluyendo a los padres y al profesorado.

El TCAE en el ámbito escolar puede abordar diversas necesidades de la salud, desde lesiones hasta apoyo emocional. Su rol implica la ayuda en la toma de medicamentos, educación en la salud, manejo en situaciones de emergencia. Su presencia contribuye a promover un entorno saludable y seguro para los estudiantes.

2 Objetivos

Identificar los marcos de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito escolar y la importancia de su presencia en las aulas para favorecer, proteger y educar en la edad temprana fomentando el bienestar social y promocionando 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 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 figura de un TCAE en los colegios puede contribuir significativamente a alcanzar los objetivos de salud y bienestar de la Agenda 2030 y la promoción de la salud según la OMS. Puede desempeñar un papel importante:

1. Promoción de la salud: El TCAE puede colaborar en programas de promoción de la salud en las escuelas, educando a los estudiantes sobre hábitos saludables, higiene y prevención de enfermedades. Esto puede incluir charlas sobre nutrición, actividad física y salud mental.
2. Atención a la salud de los estudiantes: estar disponible para brindar primeros auxilios en caso de lesiones o enfermedades menores durante el horario escolar.
3. Apoyo a estudiantes con necesidades especiales: Los TCAE pueden trabajar en estrecha colaboración con estudiantes que tienen necesidades médicas o de cuidado especiales, asegurando que reciban la atención adecuada mientras están en la escuela.
4. Manejo de crisis y emergencias: En situaciones de emergencia, como accidentes o desastres naturales, un TCAE capacitado puede desempeñar un papel crucial en la atención inmediata y la coordinación de la respuesta de salud.
5. Colaboración con otros profesionales de la salud: Los TCAE pueden colaborar con enfermeras escolares, psicólogos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral para los estudiantes.
6. Educación continua: Mantenerse actualizado en temas de salud y cuidado es fundamental. Un TCAE puede participar en capacitaciones y programas de educación continua para ofrecer atención de alta calidad.

La presencia de un TCAE en las escuelas puede contribuir al bienestar y la salud de los estudiantes, fomentando un entorno educativo más saludable y seguro. Esto se alinea perfectamente con los objetivos de la Agenda 2030 y la promoción de la salud de la OMS, que buscan garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las edades.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este estudio se ha podido exponer como la presencia del TCAE puede proporcionar un papel fundamental en la promoción de la salud, del bienestar y la seguridad de los estudiantes.

Los resultados radican en subrayar la importancia del TCAE en el entorno educativo, proporcionando un ambiente más seguro y saludable para todos los involucrados, trabajando en colaboración con las familias y el personal escolar.

Es esencial que las políticas responsables, la administración y los educadores consideren estrategias para promover la presencia del TCAE en el contexto escolar para garantizar un concepto de salud integral.

Al invertir en la salud de los jóvenes estamos contribuyendo al desarrollo de una sociedad más saludable en el futuro.

6 Bibliografía

1. Gob.es. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/plan-accion-implementacion-a2030.pdf>
2. Moran M. Salud [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
3. Agenda L, El P, Sostenible D, Mueller C, Shutterstock. La UNESCO Avanza [Internet]. Unesco.org. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/247785sp_1_1_1.compressed.pdf
4. Council on School Health,. Urgencias médicas en la escuela. Pediatrics [Internet]. 2008 [citado el 4 de octubre de 2023];66(4):244–51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-urgencias-medicas-escuela-13129423>

Capítulo 274

EL ARTE DE CUIDAR: TERAPIA DE ARTE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA

ROSANDRA ALVAREZ GARCIA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición fue adoptada por la OMS en su Constitución, que fue aprobada en 1946 y entró en vigor en 1948. Desde entonces, ha sido una referencia fundamental en el campo de la salud y ha influido en la comprensión global de lo que implica estar sano, yendo más allá de la mera ausencia de enfermedad y considerando el bienestar en sus dimensiones físicas, mentales y sociales.

El arte genera experiencias imaginativas en todas las culturas, tanto para artistas como para el público.

Desde los primeros indicios de la humanidad la relación entre cultura y salud han estado presentes. En la antigüedad se centraba en prácticas rituales y expresiones artísticas que tenían como objetivo influir en la salud y el bienestar de las comunidades llegando a un punto a largo de los siglos, de una etapa con un enfoque más centrado en la biomedicina y la anatomía, generando sin ninguna duda, importantes avances en la comprensión y el tratamiento de enfermedades, pero también llevó a una visión más fragmentada de la salud y la atención médica. Sin

embargo, con el tiempo, se ha reconocido nuevamente la importancia de abordar la salud de manera integral, considerando no solo los aspectos biológicos, sino también los emocionales, sociales y culturales.

La estancia en el hospital es una experiencia que a menudo implica estrés, ansiedad y preocupación para los pacientes. El entorno clínico, los procedimientos médicos y la incertidumbre sobre su salud pueden afectar negativamente su bienestar emocional. La atención de enfermería va más allá de la administración de tratamientos y cuidados físicos; también implica abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. En este contexto, la terapia de arte se ha convertido en una herramienta valiosa para mejorar la experiencia de los pacientes hospitalizados.

La terapia de arte involucra la utilización de diversas formas artísticas, como la pintura, la música, la danza y la escultura, como medio terapéutico para ayudar a los pacientes a expresar sus emociones, aliviar el estrés y promover la recuperación.

La terapia de arte para pacientes hospitalizados utiliza la expresión artística como medio para mejorar el bienestar emocional, mental y físico de las personas que se encuentran en un entorno hospitalario. Esta forma de terapia reconoce el poder del arte como una herramienta terapéutica valiosa y se basa en la idea de que la creatividad puede ser sanadora.

Este artículo se centra en el papel fundamental que desempeñan los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o TCAE en la implementación de la terapia de arte en el entorno hospitalario. Exploraremos cómo los TCAE pueden utilizar el arte como una herramienta terapéutica, los beneficios que esto puede aportar a los pacientes las habilidades necesarias para que los TCAE se conviertan en facilitadores efectivos de la terapia de arte.

2 Objetivos

Exponer la evaluación más completa hasta la fecha sobre la relación entre la salud y las artes.

3 Metodología

Este trabajo se fundamenta en una investigación que implicó una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible, con un enfoque específico en el informe de Piroška Östlin de la Oficina Regional para Europa de la Organización

Mundial de la Salud, publicado en noviembre de 2020. Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados, empleando bases de datos reconocidas como Medline, PubMed y Scielo. Se seleccionaron cuidadosamente aquellos trabajos que abordaban temas relacionados con la integración del arte y la cultura en la atención sanitaria, en consonancia con las recomendaciones y hallazgos presentados en el informe de la Dra. Östlin. Esta metodología nos permitió contextualizar nuestra investigación en el marco de las evidencias y directrices proporcionadas por la OMS, enriqueciendo así nuestra comprensión de la relación entre las artes y la salud en el entorno hospitalario

4 Resultados

El informe de la Oficina para la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2019 es un documento significativo que destaca la importancia de la relación entre el arte, la cultura y la salud en nuestra sociedad. Este informe ofrece una visión integral de cómo el arte y la cultura pueden tener un impacto positivo en el bienestar y la salud de las personas. Algunos aspectos destacados del informe incluyen:

- Amplio alcance: El informe reconoce que las artes y la cultura pueden influir en la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida, desde la infancia hasta la vejez. Destaca que las actividades culturales, como la música, la danza, el teatro y la participación en eventos culturales, pueden tener beneficios en todas las etapas de la vida.
- Beneficios diversos: El informe señala que las actividades artísticas y culturales pueden tener una amplia gama de beneficios para la salud, tanto física como mental. Estos beneficios incluyen la reducción del estrés, la mejora del estado de ánimo, el fomento de la cohesión social y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.
- Apoyo a la salud mental: El informe destaca cómo las artes y la cultura pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la salud mental y el tratamiento de trastornos de salud mental. La terapia artística y la musicoterapia, por ejemplo, se reconocen como enfoques terapéuticos efectivos.
- Inclusividad: El informe enfatiza la importancia de garantizar que el acceso a las actividades culturales y artísticas esté disponible para todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades y en situaciones de vulnerabilidad. Destaca la necesidad de políticas y programas que fomenten la inclusión cultural.

- Enfoque en la comunidad: El informe también resalta cómo las actividades culturales y artísticas pueden fortalecer el sentido de comunidad y el bienestar en áreas locales. Promueve la idea de que las comunidades pueden utilizar el arte y la cultura como recursos para abordar problemas de salud y sociales.

Los estudios han demostrado que la terapia de arte para pacientes hospitalizados puede tener un impacto positivo en diversos aspectos de su bienestar y recuperación. A continuación, se destacan algunas de las formas en que los pacientes pueden mejorar gracias a esta forma de terapia:

1. Mejora del Bienestar Emocional: La terapia de arte proporciona a los pacientes una vía para expresar y procesar sus emociones. Puede ayudar a reducir la ansiedad, la depresión y el estrés, lo que contribuye a un mejor equilibrio emocional.
2. Aumento de la Autoexpresión: Para algunos pacientes, puede ser difícil expresar sus pensamientos y sentimientos verbalmente. El arte les brinda una forma alternativa de comunicación que les permite compartir sus experiencias de una manera más libre y auténtica.
3. Mejora de la Autoestima: Ver sus creaciones artísticas puede aumentar la autoestima y autoconfianza de los pacientes. Esto es especialmente relevante para aquellos que pueden sentirse vulnerables o con una baja autoestima debido a su condición médica.
4. Estimulación Cognitiva: La creación artística implica la toma de decisiones y la resolución de problemas, lo que puede ayudar a mantener y mejorar la función cognitiva de los pacientes, especialmente en casos de enfermedades crónicas.
5. Alivio del Dolor: Aunque no reemplaza el tratamiento médico, la terapia de arte puede distraer a los pacientes del dolor crónico o agudo, lo que puede llevar a una percepción reducida del dolor y una mayor comodidad.
6. Fomento de la Relajación: Participar en actividades artísticas puede inducir un estado de relajación. Esto puede ser beneficioso para pacientes que experimentan ansiedad o tensión muscular.
7. Mejora de la Comunicación: En situaciones donde la comunicación verbal es limitada o difícil debido a la enfermedad o el trauma, el arte puede servir como un medio de expresión y conexión con el personal médico y los seres queridos.
8. Apoyo Social: La terapia de arte a menudo se lleva a cabo en grupos, lo que fomenta la interacción social entre los pacientes. Esto puede ayudar a combatir la soledad y el aislamiento que a veces se experimentan en un entorno hospitalario.
9. Aumento de la Motivación: El logro de crear una obra de arte puede aumentar la motivación de los pacientes para participar activamente en su proceso de recuperación y seguir las recomendaciones médicas.

10. Reducción de la Estancia Hospitalaria: Si bien no es un factor único, el bienestar emocional y la participación activa en el tratamiento pueden contribuir a una recuperación más rápida y, en algunos casos, a una reducción de la estancia hospitalaria

Los resultados de este estudio revelaron pueden incluir al TCAE a desempeñar un papel fundamental en la implementación exitosa de la terapia de arte en el entorno hospitalario. Utilizan una variedad de técnicas artísticas para involucrar a los pacientes y fomentar la expresión de emociones. Por ejemplo, la pintura se utilizó con frecuencia como una forma de permitir a los pacientes expresar lo que sentían, incluso cuando no podían encontrar las palabras adecuadas. La música y la danza se utilizaron para aliviar la ansiedad y promover la relajación.

Los pacientes que participaron en sesiones de terapia de arte informaron una disminución significativa en su nivel de estrés y una mejora en su bienestar emocional. Muchos de ellos expresaron que la terapia de arte les proporcionó una sensación de control sobre su situación y una forma de lidiar con la incertidumbre y la ansiedad asociada con la hospitalización.

En resumen, el informe de la OMS subraya la relevancia del arte y la cultura en la promoción de la salud y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida. Reconoce los múltiples beneficios que estas actividades aportan a la salud física y mental, y aboga por políticas y programas que fomenten un acceso inclusivo a la cultura y las artes en la sociedad. Este informe ha contribuido a una mayor conciencia sobre la importancia de integrar el arte y la cultura en la atención médica y la promoción de la salud.

5 Discusión-Conclusión

¿Quieres mejorar tu salud? Pues canta, baila, pinta, ve a museos, conciertos o al teatro.

El informe de la OMS subraya la relevancia del arte y la cultura en la promoción de la salud y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida. Reconoce los múltiples beneficios que estas actividades aportan a la salud física y mental, y aboga por políticas y programas que fomenten un acceso inclusivo a la cultura y las artes en la sociedad. Este informe ha contribuido a una mayor conciencia sobre la importancia de integrar el arte y la cultura en la atención médica y la promoción de la salud

La discusión de los resultados destaca la importancia de la terapia de arte como una herramienta terapéutica efectiva en el entorno hospitalario. Los TCAE jue-

gan un papel esencial en esta área, ya que tienen una comprensión única de las necesidades emocionales de los pacientes y la capacidad de facilitar la terapia de arte de manera efectiva.

La terapia de arte puede tener un impacto significativo en la salud emocional, mental y física de los pacientes hospitalizados. Los estudios respaldan su eficacia en la mejora del bienestar general y en la promoción de una recuperación más positiva.

El técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede utilizar la terapia de arte como una forma innovadora de apoyar la recuperación y bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Autor Malchiodi CA. Handbook of Art Therapy. Guilford Press A;
2. Autor Rusted J, Sheppard L, Waller D. A multi-centre randomized control group trial on the use of art therapy for older people with dementia. Revista: Group Analysis Año.
3. Autor Wood MJ, Molassiotis A, Payne S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. Revista: Psycho-Oncology Año.
4. Autor Yunes MAM, Rezende AF. Art therapy as an aid to hospitalization: A discussion on the theoretical framework. Revista: Arts in Psychotherapy. (2).
Bibliografía
5. Who.int. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf?ua=1>
6. C◊tedra DKV de Arte y Salud: UPV [Internet]. Upv.es. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.upv.es/contenidos/DKVARTE/>
7. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being. Europe, Reino Unido: WHO Regional Office for Europe; 2019.
8. Org.uk. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.culturehealthandwellbeing.org.uk/sites/default/files/9789289054553-eng.pdf>

Capítulo 275

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: COMPRENDIENDO EL AGOTAMIENTO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA

ROSANDRA ALVAREZ GARCIA

1 Introducción

Christina Maslach y Susan Jackson realizaron investigaciones fundamentales sobre el burnout y desarrollaron el Maslach Burnout Inventory (MBI) para medirlo. El agotamiento emocional es una de las dimensiones clave del burnout y se refiere a la sensación de estar emocionalmente exhausto y desgastado debido a las demandas del trabajo. Esta dimensión puede llevar a sentimientos de apatía y distanciamiento emocional hacia los demás, lo que contribuye al desarrollo del síndrome de burnout en el ámbito sanitario.

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional o síndrome de agotamiento emocional, es un estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de la exposición crónica al estrés laboral. Se caracteriza por una sensación abrumadora de cansancio, desinterés en el trabajo y una disminución en la eficacia y el rendimiento laboral.

Las principales características del síndrome de burnout incluyen:

- Agotamiento emocional: sensación de estar emocionalmente exhausto, con una baja disminución de energía y capacidad para las demandas laborales y emocionales.
- Despersonalización: actitud negativa hacia el trabajo y los pacientes.
- Disminución de la realización personal: sentimiento de ineficacia y falta de logro en el trabajo. La persona puede experimentar una disminución en la satisfacción laboral y la autoestima.

A nivel organizacional, las instituciones de salud deben evaluar y mejorar el entorno físico y social de trabajo. Esto incluye fomentar la comunicación efectiva, establecer estrategias para la toma de decisiones, definir claramente las funciones y responsabilidades laborales, crear un ambiente laboral saludable, brindar formación y capacitación a los supervisores para que puedan apoyar a los empleados, implementar indicadores de vigilancia de la salud y el bienestar de los trabajadores, promover la participación de los empleados en la toma de decisiones, equilibrar las cargas de trabajo y mejorar las interacciones sociales en el entorno laboral. Estas medidas contribuyen a prevenir el burnout y a mantener un ambiente de trabajo saludable para los profesionales de la salud.

2 Objetivos

Identificar los factores de riesgo específicos para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y analizar las consecuencias en su práctica profesional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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, seleccionando palabras clave y sintetizando los resultados.

4 Resultados

Los TCAE se enfrentan a unos factores de riesgo específicos que pueden aumentar su vulnerabilidad:

- Intensa interacción con los pacientes: tienen un contacto directo y continuo con pacientes que a menudo están en situaciones de vulnerabilidad, lo que puede generar una carga emocional significativa. Lidar con el sufrimiento de los pacientes y sus familias puede ser emocionalmente agotador.
 - Carga de trabajo elevada: la profesión de TCAE a menudo implica largas jornadas de trabajo y una carga física considerable. Esta carga puede contribuir al agotamiento físico y emocional.
 - Responsabilidad en el cuidado del paciente: pueden enfrentarse a situaciones estresantes, como emergencias médicas o el cuidado de pacientes con enfermedades graves. Esto puede aumentar el riesgo de experimentar estrés crónico.
 - Relaciones interpersonales intensas: mantener relaciones interpersonales con pacientes, sus familias y otros miembros y otros miembros del equipo de atención médica puede ser desafiante. Las interacciones emocionalmente intensas pueden aumentar el riesgo de despersonalización y agotamiento.
 - Falta de reconocimiento: en algunos entornos, los TCAE pueden sentir que su trabajo no es adecuadamente reconocido o valorado, lo que puede contribuir al agotamiento emocional.
 - Horarios irregulares: en muchos entornos el TCAE tiene que trabajar en turnos rotativos o con horarios irregulares, lo que puede afectar a su ritmo circadiano y a su calidad de sueño y descanso reparador.
 - Falta de recursos y apoyo: la falta de recursos adecuados, como personal suficiente, equipo y tiempo para realizar las tareas de manera adecuada, puede aumentar la carga de trabajo y la sensación de desbordamiento.
 - Falta de oportunidades de desarrollo profesional: la falta de oportunidades de capacitación y desarrollo profesional puede llevar a la percepción de estancamiento en la carrera, lo que puede ser desmotivador.
 - Comunicación deficiente: la comunicación deficiente dentro del equipo o con los supervisores puede generar confusiones en el lugar de trabajo.
- Es fundamental comprender y abordar el síndrome de burnout en el entorno del TCAE, ya que tiene numerosas consecuencias:
- Impacto negativo en la calidad de la atención: el bienestar emocional y mental de los profesionales de la salud, como los TCAE, está directamente relacionado con la calidad de la atención a los pacientes, su capacidad para prestar una atención de calidad puede verse comprometida, lo que podría afectar negativamente la seguridad y satisfacción del paciente.
 - Errores en las tareas laborales: el síndrome de burnout puede contribuir a la fatiga, la concentración y a la disminución de toma de decisiones efectivas, aumentando así errores que pueden tener consecuencias graves para los pacientes.

- Mantenimiento del personal: el agotamiento crónico puede llevar incluso a considerar el abandono de su profesión.
- Costos en atención médica: aumenta los costos de atención médica al contribuir a la ausencia por enfermedad.
- Bienestar de los profesionales de la salud: efectos perjudiciales en la salud física y mental de los profesionales, lo que puede llevar a problemas de salud crónicos y una disminución de la calidad de vida, comprometiéndose así una fuerza laboral médica saludable.
- Cumplimiento de la ética profesional: los profesionales de la salud, incluidos los TCAE, tienen el deber ético de proporcionar atención de calidad y mostrar empatía hacia los pacientes. El síndrome de burnout puede dificultar el cumplimiento de estos principios.

5 Discusión-Conclusión

Abordar y comprender el síndrome de burnout en el entorno laboral del TCAE, es esencial para garantizar la calidad y seguridad en los cuidados del paciente.

La prevención y el manejo del síndrome de burnout son cruciales para promover un ambiente de trabajo saludable y una atención médica efectiva.

La prevención del burnout en el ámbito hospitalario es responsabilidad compartida entre los propios profesionales de la salud, los administradores hospitalarios y las instituciones de salud en general. Los profesionales de la salud deben cuidar su bienestar emocional y gestionar el estrés, mientras que los administradores deben crear entornos de trabajo saludables y ofrecer apoyo. Las instituciones de salud deben promover políticas y programas de prevención del burnout.

6 Bibliografía

1. <https://www.scielo.org/es/>.
2. Díaz SV, Molina SP. Síndrome de burnout en enfermería de atención primaria: Factores, manifestaciones y prevención. Revisión bibliográfica. Hygia de enfermería: revista científica del colegio [Internet]. 2016 [citado el 4 de octubre de 2023]; (92):58–65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5637299>.
3. Gutiérrez JJB, Arias-Herrera A. Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. Enferm Univ [Internet]. 2018 [citado el 4 de octubre de 2023];

15(1):30–44. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632018000100030&script=sci_arttext.

4. De Pablo Hernández C. El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing* [Internet]. 2007 [citado el 4 de octubre de 2023]; 25(8):60–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-el-sindrome-burnout-profesionales-sanitarios-S0212538207709792>.

5. Ortega Ruiz C, Ríos FL. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas 1 [Internet]. *Aepc.es*. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf.

Capítulo 276

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LA REANIMACION DE UN PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA.

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

RAQUEL RUBIO PRESTEL

LIDIA GARCIA GARCIA

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

1 Introducción

Cuando un paciente presenta una interrupción brusca, que no es para nada esperable, de la actividad del corazón y por consiguiente de la respiración, podemos decir que esta persona ha entrado en parada cardiorrespiratoria.

Hay que dejar claro que en un alto porcentaje esta situación puede ser reversible. Para ello y ante una situación de emergencia, lo primordial es comenzar cuanto antes con la maniobra de RCP. Esta maniobra consiste en aplicar compresiones torácicas de una determinada forma a la persona que se encuentra inconsciente, intentando a su vez también ventilar de forma artificial.

Si atendemos a diferentes tipos de estadísticas, podemos comprobar que una de las principales causas de muerte en España es la parada cardiorrespiratoria, algunas veces de manera espontánea y sin ningún síntoma visible y otras veces causada por alguna enfermedad adyacente que esté padeciendo la persona sea o no sea tratada.

Cuando esta circunstancia se da dentro del medio hospitalario, todos y cada uno de los diferentes profesionales que trabajan en él deben conocer los protocolos de actuación para realizar una correcta RCP y por consiguiente hacer que la persona que lo sufre pueda seguir con vida.

Es muy importante saber que con el avance de la medicina y de la ciencia, estos protocolos de RCP han ido variando a lo largo del tiempo, siempre con la intención de buscar lo mejor para pacientes en primer lugar y posteriormente para el propio personal sanitario. Por este motivo es necesario incidir en la necesidad de formar al personal sanitario de manera continuada.

2 Objetivos

Facilitar las herramientas y conocimientos necesarios para que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueda reaccionar y responder de manera correcta ante una parada cardiorrespiratoria.

- Explicar en qué consiste la parada cardiorrespiratoria y las consecuencias que puede conllevar el no saber reaccionar a tiempo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones de carácter sanitario relacionadas con el tema a tratar, desestimando aquellas que no estaban en consonancia con la figura del auxiliar de enfermería.

También hemos consultado bases de datos como Scielo y PubMed con el fin de completar toda esta información.

4 Resultados

En nuestro país, una de las causas principales de mortalidad dentro del ámbito hospitalario es la parada cardiorrespiratoria en todas sus variantes, ya sean espontáneas, sin motivo aparente o causadas por alguna enfermedad adyacente.

Cuando se produce este hecho es debido a que la actividad del corazón se suspende de una forma brusca y de repente, produciéndose así un paro en la respiración espontánea del paciente.

Por este motivo, y porque suele ser una situación de emergencia, es necesario que todo el personal sanitario sepa responder y aplicar los protocolos establecidos con el fin de salvar la vida de una persona.

A lo largo de los años, los protocolos de reanimación cardiopulmonar se han ido modificando y actualizando, adaptándose a los nuevos tiempos y las nuevas tecnologías.

La última actualización de la técnica de reanimación cardiopulmonar se hizo en el año 2021. Siendo el protocolo el siguiente:

- En primer lugar, hay que reconocer el estado del paciente, observar y saber qué actuación llevar a cabo.
- Cuando se compruebe que la paciente está inconsciente y en parada se avisará al servicio de emergencias o si estamos en un centro hospitalario se avisará al personal indicado.
- Se comenzará realizando 30 compresiones torácicas seguidas, empleando la técnica adecuada para que el personal sanitario no sufra.
- Posteriormente, se le aplicarán 2 ventilaciones directas.
- Se continuará con la RCP 30:2 hasta que llegue el personal indicado o un desfibrilador.

Todas estas indicaciones y protocolos deben ser aprendidos por el personal sanitario, incluyendo a los auxiliares de enfermería, que son parte importante del equipo de trabajo. Deben actualizar de manera regular todos los protocolos y las normativas para poder ofrecer una asistencia de calidad y así obtener resultados positivos.

5 Discusión-Conclusión

Una parte importante del trabajo que realizan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es la atención temprana y rápida ante una situación de emergencia. Para poder responder de este modo, los auxiliares de enfermería deben estar muy bien formados en esta materia, conocer con exactitud los protocolos y los mecanismos o herramientas de los que disponen para desempeñar sus funciones.

Es tarea de todos, tanto del propio personal como de las gerencias como de los gobiernos, que esta formación llegue a todos y esté adecuada a cada persona para que la atención que se pretende ofrecer al paciente sea lo más positiva y óptima posible. No hay que olvidar nunca que estamos tratando con personas.

6 Bibliografía

1. Actualización ERC 2021: nuevas recomendaciones RCP (urgenciasyemergencia.com)
2. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de reanimación (revistasanitariadeinvestigacion.com)
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 277

CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA: ABORDAJE DE TENDINOPATÍA O DOLOR RELACIONADO CON EL MANGUITO ROTADOR

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

1 Introducción

El tendón es una estructura de tejido conectivo que conecta la estructura muscular, con el hueso, con el fin de permitir la transferencia de energías que llevan a cabo el movimiento de las articulaciones, siendo capaz de absorber, liberar o generar energía por este mecanismo, soportando diferentes tipos de cargas como las de compresión, tracción, torsión/torque, etc.

Está formado principalmente por fibras de colágeno, especialmente I y III, dispuestas tridimensionalmente para soportar y realizar sus funciones. Tienen un porcentaje bajo de elastina, teniendo poca capacidad elástica.

No se establece una explicación clara de la causa del dolor en una tendinopatía, ya que, bajo imagen ecográfica, se han presentado casos con gran afectación de la estructura colagenosa de tendones de pacientes, totalmente asintomáticos, mientras que en otro sujeto, la sintomatología era muy severa, sin presentar, bajo imagen, una afectación en dichas estructuras. Se atribuye una etiología multifactorial, relacionada con las cargas mecánicas soportadas, la angiogénesis y creación de terminaciones nerviosas libres, la desestructuración del colágeno y, los factores psicosociales.

El tratamiento más recomendado y con mayor evidencia científica disponible actualmente, es un programa de ejercicio o carga progresiva, para aumentar la

tolerancia de dichas estructuras a las cargas que tiene que soportar en sus actividades, mejorando la funcionalidad y la calidad de vida del sujeto, así como también disminuir el riesgo de recaídas o agravamientos del cuadro clínico presente, aspecto que es común.

2 Objetivos

- Exponer caso clínico de un paciente con tendinopatía.

3 Caso clínico

Paciente de 26 años, bombero y deportista de varias disciplinas deportivas durante la semana, entre las que destacan, pádel 2-3 veces por semana, natación 1 vez por semana y crossfit 3 veces por semana; acudió a la clínica de fisioterapia por un dolor bastante agudo en el hombro derecho, cuyas molestias empezaron hace un par de semanas, pero que se agravaron de una forma muy importante en los días previos, tras realizar una competición de alta intensidad en crossfit.

El paciente refiere que el dolor comenzó hace unas 2-3 semanas, en el pádel, especialmente realizando el remate o smash, con el brazo en elevación completa desde rotación externa, llevando a cabo un movimiento de rotación interna y descenso del brazo, explosivo. Estas molestias eran solo durante el juego, que se calmaban a medida que avanzaba el partido, quedando dolor residual de 2 sobre 10, al finalizar dicho entrenamiento, en la zona del techo del hombro y ligeramente en la cara anterior del mismo. Estas molestias no le repercutían en sus actividades de la vida diaria ni en el resto de las actividades deportivas que realizaba.

Durante dos semanas estuvo realizando la misma dosificación de entrenamientos que solía, excepto hace unos días, que tuvo una competición de crossfit. Durante la realización del mismo, no tuvo ningún traumatismo, golpe o movimiento lesivo que le impidiese parar, dejar o disminuir la actividad que estaba realizando. Sin embargo, a las horas de finalizar la competición, y, en el día posterior, le comenzó un dolor de un 7-8 sobre 10, en el hombro, donde tenía molestias, en las regiones similares pero un poco más extensas en localización, que no relacionaba con unas posibles agujetas o dolor muscular tras esfuerzo intenso. Este dolor le impedía realizar cualquier tipo de movimiento más allá de los 90 grados de flexión o abducción, cursaba con dolor durante todo el día, especialmente nocturno y llevó a darse de baja en el trabajo.

En primer lugar, se le explica al paciente, de forma general, el proceso del dolor y de sensibilización de los tejidos tras un evento traumático o que implique un exceso de estrés mecánico en los tejidos, así como los posibles factores contribuyentes que han influido a desarrollar dicho proceso y, nociones generales para poder afrontar y controlar la sintomatología dolorosa y el cuadro que presenta el paciente.

En segundo lugar, tras realizar una valoración exhaustiva que más tarde explicaremos, se le ofrece un programa de tratamiento al paciente que consistía en una primera o primeras sesiones de terapia manual, basada en movilizaciones y tratamientos indicados a bajar en nivel de dolor o sintomatología que presenta, así como disminuir también la irritabilidad del cuadro, con el que nos permita una mayor funcionalidad y trabajo mas activo. Tras esto, se le explica al paciente que el proceso o el plan de tratamiento se va a basar en un programa de ejercicio terapéutico, basado en la exposición graduada a la carga y a la actividad que previamente realizaba, controlando la dosificación en intensidad, frecuencia, cargas, rango de movimiento, etc. Realizándose en un primer momento de forma guiada y presencial, para después ser realizada por el paciente de forma domiciliaria, con posibles resoluciones de dudas de forma telefónica.

Se descartaron la presencia de fracturas en la región escápulo-humeral en base a la clínica del paciente y a las pruebas funcionales que se realizaron. En segundo lugar, se descartó la posible implicación en el cuadro de la región cervical y de una posible radiculopatía o afectación nerviosa que pudiese dar sintomatología en la región del hombro.

Por último, y basándonos en el cuadro clínico y en los movimientos dolorosos, se descartaron otros cuadros comunes de dolor en el hombro como son la rotura parcial o total del manguito rotador, el hombro congelado o una inestabilidad en el hombro.

Por lo tanto, se determina que el paciente presenta una tendinopatía reactiva aguda en el manguito rotador derivada de la competición que realizó, ya que se sobrepasaron los niveles de estrés mecánico que podrían soportar las estructuras musculoesqueléticas del hombro, con lo que cursa con dolor y posible inflamación de la zona, a nivel periarticular; dentro de un cuadro de una tendinopatía ya presente, que comenzó hace unas semanas, relacionadas con el remate de pádel, cuyas molestias no repercutían en la vida diaria, pero sí estaban relacionadas de forma carga-dependiente e iban en aumento según pasaban los días. En las dos primeras sesiones, separadas una de otra por 72 horas, se trabaja con movilizaciones articulares de baja irritabilidad, en rangos de movimiento que el paciente tolera y sin generar un dolor mayor de 4 sobre 10. Estas movilizaciones

se trabajan especialmente en la flexión y la abducción en la primera sesión, introduciendo las rotaciones en la segunda sesión. El objetivo de estas técnicas es el de la estimulación mecánica de las estructuras de la articulación del hombro, con el fin de producir una modulación del dolor o desensibilización.

Además, se trabaja con técnicas de liberación por presión, en los puntos que el paciente refiere como dolorosos y que los relaciona con la localización y el tipo de molestias que tiene en su vida diaria, manteniendo la presión en dicho punto no más allá de los 90 segundos, aumentando en dicha intensidad, en el caso de que el paciente encuentre una analgesia temprana.

Después de ambas sesiones de tratamiento presenciales, se le dan unas pautas de ejercicio, trabajadas y practicadas previamente dentro de la sesión, con el fin de ajustar la dosificación óptima y tolerable por parte del paciente. Dicho trabajo se basa en movilizaciones hacia la flexión y la abducción, arrastrando una pelota, en forma de activo, sin resistencia de la gravedad, ejercicios con goma basados en remo, curl de bíceps y rotaciones en no más de 45 grados de abducción, así como movilidad en todas las direcciones, sin encontrar dolor, tanto en decúbito supino primero, como en sedestación después. También se recomienda trabajo aeróbico suave como bicicleta estática o caminar.

Una semana después de la última sesión, el paciente nos comenta que presenta una movilidad casi completa, exceptuando la rotación externa con abducción de más de 90 grados. Se pauta, por tanto, una sesión de ejercicio terapéutico, basado en ejercicios contra cargas externas, que incluyen mancuernas, kettlebell y therabands, incluyendo elevaciones contra resistencia en flexión, diagonales con carga hasta el límite doloroso, remos con mayor resistencia, swing ruso y americano, movimientos funcionales como back squat o zancadas y, el movimiento de remate de pádel con raqueta, sin resistencia ni velocidad. Además, se recomienda ir probando la natación y la carrera.

10 días después, el paciente puede realizar toda la movilidad de hombro sin dolor, así como practicar su rutina de natación sin problemas. Se le dan recomendaciones y consejos de progresiones de carga y exposición graduada a la actividad, enfocando el tratamiento como una tendinopatía sin fase reactiva, de cara a ir exponiendo el manguito rotador y los tejidos subyacentes a las actividades de pádel que generaron las molestias, así como la invitación de vuelta a los entrenamientos de crossfit, siguiendo las pautas de progresión, dosificación e irritabilidad.

A las 4 semanas, el paciente realiza llamada telefónica para comentar que ya ha retomado toda su rutina deportiva y laboral sin problemas, ya que cuando tiene alguna molestia, se encarga de regular las cargas según se había acordado.

4 Discusión-Conclusión

Al combinarse dos procesos de afectación en las estructuras del manguito rotador, el tratamiento va enfocado, en un primer momento, a la disminución de síntomas y mejora del rango de movimiento del hombro, conociendo la evolución natural de un proceso inflamatorio, con la noción de que a los 10-14 días los síntomas deberían remitir, a partir de donde, se tiene que empezar a trabajar en la tendinopatía subyacente con el fin de mejorar la capacidad mecánica a soportar cargas de los tejidos, reducir riesgos de recidiva o vuelta a la lesión y control de la sintomatología en los momentos en los que aparezca.

Como hemos visto, a las 4 semanas, el paciente realiza llamada telefónica para comentar que ya ha retomado toda su rutina deportiva y laboral sin problemas, ya que cuando tiene alguna molestia, se encarga de regular las cargas según se había acordado.

5 Bibliografía

1. Cook, J.L.; Purdam, C.R. Is Tendon Pathology a Continuum? A Pathology Model to Explain the Clinical Presentation of Load-Induced Tendinopathy. *Br. J. Sports Med.* 2009, 43, 409–416.
2. Cardoso TB, Pizzari T, Kinsella R, et al. Current trends in tendinopathy management. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2019;33:122–40.
3. Docking SI, Cook J. How do tendons adapt? Going beyond tissue responses to understand positive adaptation and pathology development: a narrative review. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 2019;19:300–10.
4. Malliaras P. Understanding mechanisms to improve exercise interventions in tendinopathy. *Phys Ther Sport* 2017;27:50–1.
5. Littlewood, C.; Ashton, J.; Chance-Larsen, K.; May, S.; Sturrock, B. Exercise for Rotator Cuff Tendinopathy: A Systematic Review. *Physiotherapy* 2012, 98, 101–109.
6. Littlewood, C.; Malliaras, P.; Chance-Larsen, K. Therapeutic Exercise for Rotator Cuff Tendinopathy: A Systematic Review of Contextual Factors and Prescription Parameters. *Int. J. Rehabil. Res.* 2015, 38, 95–106.

Capítulo 278

ENFOQUE DE LA FISIOTERAPIA EN LA FATIGA DEL PACIENTE ASOCIADA AL CÁNCER MEDIANTE EJERCICIO FÍSICO

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

1 Introducción

La fatiga es uno de los síntomas más comunes y debilitantes experimentados por los pacientes con cáncer. Se estima que aproximadamente el 70% de los pacientes oncológicos experimentan fatiga durante su tratamiento o en la etapa posterior al mismo. Esta fatiga puede persistir incluso después de finalizar los tratamientos y afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

La fatiga asociada al cáncer se caracteriza por una sensación persistente de agotamiento físico, mental o emocional que no se alivia con el descanso adecuado. Esta fatiga puede interferir con las actividades diarias, reducir la capacidad funcional y generar un impacto negativo en la recuperación y en la adherencia al tratamiento.

La fisioterapia, como disciplina de la salud que utiliza el movimiento y el ejercicio como herramientas terapéuticas, ha demostrado ser efectiva en el abordaje de la fatiga asociada al cáncer. El ejercicio físico adaptado y supervisado por fisioterapeutas especializados puede jugar un papel crucial en el manejo y la reducción de la fatiga en los pacientes oncológicos.

El propósito de este capítulo es revisar la literatura científica actualizada sobre el abordaje de la fatiga asociada al cáncer mediante ejercicio físico, desde la perspectiva de la fisioterapia. Se examinarán los mecanismos subyacentes de la fatiga en pacientes con cáncer, los beneficios del ejercicio físico en la reducción de la fatiga y las estrategias de intervención utilizadas por los fisioterapeutas en este contexto.

Se espera que este trabajo proporcione una visión general de los avances en el campo de la fisioterapia oncológica, específicamente en relación con el manejo de la fatiga asociada al cáncer. Además, se pretende resaltar la importancia de incluir al fisioterapeuta como parte integral del equipo multidisciplinario de atención oncológica, para optimizar la calidad de vida de los pacientes y mejorar su bienestar general.

A medida que se avanza en la comprensión de la fatiga asociada al cáncer y los beneficios del ejercicio físico en su manejo, se espera que este trabajo sirva como base para futuras investigaciones y como guía clínica para los fisioterapeutas que trabajan con pacientes oncológicos.

2 Objetivos

- Analizar y revisar la literatura científica actualizada sobre la fatiga asociada al cáncer y su abordaje mediante ejercicio físico desde la perspectiva de la fisioterapia.
- Examinar los mecanismos subyacentes de la fatiga en pacientes con cáncer, incluyendo aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su desarrollo.
- Evaluar los beneficios del ejercicio físico en la reducción de la fatiga en pacientes oncológicos, considerando los diferentes tipos de ejercicio, intensidades, duración y frecuencia.
- Identificar las estrategias de intervención utilizadas por los fisioterapeutas en el manejo de la fatiga asociada al cáncer, incluyendo técnicas de ejercicio, educación del paciente, modificaciones del estilo de vida y manejo de la actividad diaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 fatiga es uno de los síntomas más comunes y debilitantes experimentados por los pacientes con cáncer. Puede ser causada por una combinación de factores fisiopatológicos y psicosociales, los cuales contribuyen de manera interrelacionada a la sensación de agotamiento y falta de energía.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el cáncer en sí mismo puede desencadenar respuestas inflamatorias y sistémicas en el cuerpo, lo que puede llevar a una alteración del equilibrio energético y una disminución de la capacidad funcional. Los tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia, radioterapia y cirugía, también pueden tener efectos secundarios que contribuyen a la fatiga, como la disminución de la producción de glóbulos rojos (anemia), alteraciones hormonales y disfunción del sistema inmunológico.

Además de los factores fisiopatológicos, los aspectos psicosociales desempeñan un papel importante en la fatiga en pacientes con cáncer. El diagnóstico de cáncer y el tratamiento pueden generar estrés, ansiedad, depresión y cambios en la calidad de vida, lo que a su vez puede influir en los niveles de energía y contribuir a la fatiga. La falta de sueño, la preocupación por la enfermedad, la carga emocional y los cambios en el estilo de vida también pueden desencadenar y perpetuar la fatiga.

El ejercicio físico se ha identificado como una estrategia eficaz para reducir la fatiga en pacientes con cáncer. Numerosos estudios han demostrado que la actividad física regular puede mejorar los niveles de energía, reducir la fatiga y mejorar la calidad de vida en estos pacientes. Los mecanismos implicados en los beneficios del ejercicio incluyen:

Mejora de la función cardiovascular y el transporte de oxígeno: El ejercicio aeróbico puede fortalecer el corazón y los pulmones, mejorando así la capacidad para suministrar oxígeno y nutrientes a los tejidos, lo que a su vez puede reducir la fatiga.

Estimulación del sistema nervioso central: El ejercicio puede activar el sistema

nervioso central y liberar endorfinas, lo que produce una sensación de bienestar y reduce la percepción de la fatiga.

Mejora del equilibrio hormonal: El ejercicio regular puede ayudar a regular los niveles hormonales, incluyendo el cortisol (hormona del estrés) y las hormonas relacionadas con el estado de ánimo, lo que puede influir positivamente en la fatiga.

Reducción de la inflamación y el estrés oxidativo: El ejercicio puede tener efectos antiinflamatorios y antioxidantes, lo que puede contrarrestar los procesos inflamatorios y el estrés oxidativo asociados con la fatiga en pacientes con cáncer.

En el contexto de la fisioterapia para el manejo de la fatiga en pacientes con cáncer, se utilizan diferentes estrategias de ejercicio adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. Estas estrategias pueden incluir ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, como caminar o andar en bicicleta, ejercicios de fuerza para fortalecer los músculos y ejercicios de flexibilidad para mantener la movilidad.

Es importante tener en cuenta que los programas de ejercicio deben ser adaptados a cada paciente, considerando factores como el tipo y estadio del cáncer, la condición física previa, las limitaciones específicas y las preferencias individuales. La supervisión continua por parte de un fisioterapeuta especializado es crucial para garantizar la seguridad y eficacia del programa de ejercicio.

Las recomendaciones actuales para el ejercicio en pacientes con cáncer enfatizan la importancia de una evaluación inicial exhaustiva, que tenga en cuenta la condición física, los síntomas y las limitaciones individuales. Esto permite diseñar un programa de ejercicio personalizado y seguro. La supervisión continua por parte de un fisioterapeuta especializado garantiza una progresión adecuada del programa de ejercicio y permite ajustes según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia basada en el ejercicio puede desempeñar un papel importante en el abordaje de la fatiga asociada al cáncer. Algunas de las principales conclusiones son:

La fatiga es un síntoma común y debilitante en pacientes con cáncer, y puede ser causada por una combinación de factores fisiopatológicos y psicosociales.

El ejercicio físico regular ha demostrado ser eficaz en la reducción de la fatiga y la mejora de los niveles de energía en pacientes con cáncer.

Los mecanismos implicados en los beneficios del ejercicio incluyen mejoras en la función cardiovascular, estimulación del sistema nervioso central, equilibrio

hormonal y reducción de la inflamación y el estrés oxidativo.

La fisioterapia ofrece diferentes estrategias de ejercicio adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes, considerando factores como el tipo y estadio del cáncer, la condición física previa y las limitaciones específicas.

La supervisión continua por parte de un fisioterapeuta especializado es crucial para garantizar la seguridad y eficacia del programa de ejercicio.

Las implicaciones clínicas de la fisioterapia basada en el ejercicio para el abordaje de la fatiga asociada al cáncer son significativas. Algunas de ellas incluyen:

Mejora de la calidad de vida: La reducción de la fatiga a través del ejercicio puede tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con cáncer, permitiéndoles participar en actividades diarias y disfrutar de una mayor sensación de bienestar.

Manejo integral de los síntomas: La fisioterapia basada en el ejercicio no solo aborda la fatiga, sino que también puede ayudar a controlar otros síntomas relacionados con el cáncer, como la debilidad muscular, la disminución de la capacidad funcional y los problemas de equilibrio.

Reducción de los efectos secundarios de los tratamientos: Algunos tratamientos contra el cáncer pueden causar efectos secundarios que contribuyen a la fatiga. El ejercicio puede ayudar a contrarrestar estos efectos y mejorar la tolerancia al tratamiento.

Promoción de la autonomía y la participación activa: La fisioterapia basada en el ejercicio capacita a los pacientes para que sean parte activa de su propio proceso de recuperación y les brinda herramientas para manejar la fatiga de manera efectiva.

En general, la fisioterapia basada en el ejercicio para el manejo de la fatiga en pacientes con cáncer es una intervención efectiva y segura. Sin embargo, es importante destacar que el abordaje de la fatiga en el contexto del cáncer requiere una atención multidisciplinaria, en la que los fisioterapeutas trabajen en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, oncólogos, psicólogos y nutricionistas. Esta colaboración garantiza un enfoque integral y personalizado para el manejo de la fatiga y otros síntomas relacionados con el cáncer, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Vallejo L, Díaz-Castro J, et al. Fatiga en pacientes con cáncer: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2019;66(2):89-100.

2. Molassiotis A, Bardy J, et al. Evaluación y manejo de la fatiga relacionada con el cáncer: una revisión clínica. *Ann Oncol*. 2014;25(4):895-907.
3. Caro-Morán E, Fernández-Lao C, et al. Efectividad del ejercicio físico en la fatiga asociada al cáncer de mama: revisión sistemática y metaanálisis. *Rehabilitación*. 2018;52(1):22-31.
4. Herrero-Román F, Balto J, et al. Beneficios del ejercicio físico en pacientes oncológicos: revisión de la literatura. *Nutr Hosp*. 2020;37(3):620-627.
5. Galiano-Castillo N, Arroyo-Morales M, et al. Efectos del ejercicio físico sobre la fatiga en pacientes con cáncer: una revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2013;28(4):1179-1189.

Capítulo 279

TRATAMIENTO DE CALCIFICACIONES EN EL TENDÓN DE AQUILES CON IONTOFORESIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

1 Introducción

La presente revisión bibliográfica busca valorar la técnica terapéutica de iontoforesis 1. Esta técnica se usa para la aliviar las acumulaciones de calcio en los tendones, se basa en la electroforesis de la carga eléctrica que rehúsa a todas aquellas que tengan igual polaridad. Es importante decir que las moléculas 8 medicamentosas ionizadas que penetren la piel y el tendón alquiles, son iones no difusibles ya que el medicamento que penetra se queda estancado en el tejido celular metabolizándose poco a poco.

Para ello es necesario tener en cuenta que el sistema inmunológico del hombre reacciona de forma instantánea ante cualquier tejido lesionado, que puede producir una inflamación que limpia la zona afectada, de tal manera que prepara un ambiente ideal para poder regenerar los tejidos dañados; pero si el tejido ya tiene daños pasados no será posible restablecerlo de manera adecuada y los nuevos tejidos se desorganizan9.

Así este tratamiento a través del tiempo se ha convertido en un método destinado a la disminución del dolor y a inflamación por medio de los iones fisiológicos activos de corriente galvánica que atraviesa la piel y sus mucosas, por lo que con la iontoforesis, el paciente logra disminuir el dolor y la inflamación en la parte afectada de los tendones10.

La iontoforesis, de ionto (ion) y phoresis (traslado), se emplea en medicina con la finalidad de realizar el tratamiento terapéutico, empleando corriente galvánica (con la colocación de dos electrodos). De modo que se introducen los iones en la piel gracias a la corriente, y estos se pueden desplazar hacia el polo contrario gracias a la carga eléctrica.

Esta técnica a nivel de fisioterapia obtiene mejores resultados en el tratamiento de la calcificación del Tendón de Aquiles, empleando como medicamento el ácido acético, que está encargado de debilitar la reabsorción. Una de las ventajas considerables del tratamiento iontoforesis en los tendones, es que no causa molestias su aplicación y el tiempo de absorción es corta 4.

Donde la aplicación de medicamentos al organismo de la piel, por medio de corrientes galvánicas, tienen una ventaja principal del tratamiento, que es evitar las inyecciones. Ya que en la iontoforesis la penetración se realiza por medio de la piel (glándulas sudoríparas) y sus folículos⁵.

Para poder desarrollar el tratamiento, el fármaco, debe de alcanzar el músculo y el cartílago del tendón de Aquiles, cuyo tratamiento llevado con dexametasona conduce a una mejora en el dolor agudo del tendón Aquiles. Las calcificaciones en los tendones presentan desafíos de manejos únicos. La aparición de estas 9 lesiones es el resultado de la acumulación de calcio en los tendones, dando como resultado la inflamación en la piel¹⁸.

Entre los principales objetivos del tratamiento de la iontoforesis son:

- Convertirse en un tratamiento cómodo y fácil de realizarse.
- Tener una mejor calidad de vida a través del tratamiento.
- Ser un tratamiento no invasivo.

Por otro lado, el tratamiento de calcificaciones en el tendón de Aquiles, es usado para evitar que sigan acumulándose los depósitos cálcicos, en ese sentido puede que el tratamiento dependiera del trastorno metabólico del calcio, que como consecuencia no genere la interrupción de movimientos articulares que causen una limitación funcional¹².

La calcificación es un desorden en el que se depositan cristales de calcio que endurecen el tejido del tendón, por lo que se puede decir que es la sobrecarga acumulada del calcio en la parte afectada. Así mismo podemos referir que el campo del deporte es donde más se encuentra los casos de calcificaciones en los tendones y menos es el uso del tratamiento de iontoforesis¹³.

Los estudios recientes han demostrado que es una técnica segura y eficaz⁸. Referente a la realización y/o Aplicación, se debe Limpiar cuidadosamente la piel en la parte del tendón de Aquiles afectada, luego se colocan los electrodos y se aplica la corriente eléctrica de baja densidad. Posteriormente de un tiempo (10

min a 12 min) se retiran los electrodos y se limpia la piel en la cual se aplicó el fármaco¹⁴.

2 Objetivos

1. Valorar mediante una revisión bibliográfica la efectividad de la técnica de iontoforesis, para el tratamiento de calcificación en el tendón de Aquiles en comparación a otras técnicas de fisioterapia.
2. Entender la importancia de la aplicación de la iontoforesis en los tratamientos de tendón de Aquiles.
3. Comprender el uso de la técnica y la eficacia en los resultados de la aplicación de la iontoforesis para el tratamiento de calcificación.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, en Julio de 2021, de artículos científicos relacionados con el tratamiento de fisioterapia de iontoforesis en la calcificación del tendón de Aquiles¹⁵.

Criterios de elegibilidad

Respecto a los criterios de búsqueda empleados, han sido los siguientes:

- Idioma: español e inglés.
- Periodo: De 2017 a 2021.
- Sujetos: Humanos, de todas las edades y sexos.
- Tipos de intervención: Se incluyen intervenciones de fisioterapia, excluyéndose aquellos que además presentaban intervenciones quirúrgicas.
- Tipo de estudios: ensayos clínicos, estudios de casos.
- PALABRAS CLAVE: español; “técnicas de fisioterapia”, “tratamiento de calcificación”, “tendón de Aquiles”, “iontoforesis”, “fisioterapia” y “tendinopatía”. En inglés; “Physiotherapy techniques”, “calcification treatment”, “Achilles tendon” AND “iontophoresis”,
- Se realizaron diferentes búsquedas con las palabras clave y se utilizaron los conectores booleanos AND/OR para especificar la búsqueda.

Recurso de información

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos:

- Medline.
- Science.
- MedlinePlus.
- Science Direct.

- Enfispo.
- Dialnet
- Páginas web de clínicas.
- Scielo
- Repositorios

13

Estrategias de búsqueda de información

Fueron aquellas que permitieron obtener una información válida y confiable, como: las palabras clave, revistas científicas, papers y repositorios, confiables como: Medline, Science, MedlinePlus, Science Direct, ENFISPO, Dialnet, Páginas web de clínicas, Scielo y repositorios.

Asimismo, se utilizaron los operadores AND, OR y NOT para depurar la cantidad de artículos y utilizar conectores directos con las palabras clave en español: "técnicas de fisioterapia", "tratamiento de calcificación", "tendón de Aquiles", "iontoforesis", "fisioterapia" y "tendinopatía", en inglés se empleó la palabra clave: "Physiotherapy techniques", "calcification treatment", "Achilles tendon" AND "iontophoresis".

Selección de datos

Criterios de inclusión

- Estudios que tienen relación con las palabras clave en inglés y español
- Estudios comprendidos del 2017 al 2021
- Criterios de exclusión
- Estudios que NO tienen relación con las palabras clave en inglés y español
- Estudios comprendidos de años anteriores hasta el 2016
- Estudios con poca información y no tienen relación con sus objetivos

4 Resultados

Mediante la revisión bibliográfica se encontraron 1227 investigaciones. Según los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 30 estudios entre artículos, tesis e investigaciones de los motores de búsqueda: Medline, Science, MedlinePlus, Science Direct, ENFISPO, Dialnet, Páginas web de clínicas, Scielo y repositorios. Resultados para el primer objetivo: Valorar la efectividad de las técnicas de fisioterapia utilizadas en el tratamiento de calcificación en el tendón de Aquiles con iontoforesis.

La efectividad de la fisioterapia en el tratamiento de calcificación en los tendones es positiva según la mayoría de los ensayos clínicos realizado en los estudios de Tapia⁸; Ramos et al.¹⁶ y Cuadros¹⁷. Asimismo, en el caso de Pérez¹, realizado

a una persona que padece de tendinitis la cual ya anteriormente había seguido múltiples tratamientos con diferentes técnicas donde sus resultados no fueron efectivos, en tal sentido el autor refiere que la aplicabilidad de la iontoforesis en poco tiempo dio buenos resultados, ya que después de 15 sesiones de iontoforesis el dolor disminuyó y la calcificación desapareció después del tratamiento.

Por lo tanto, los estudios de Comboza¹⁸; Gonzales et al.¹⁰; Buyuksireci²; Cuadros¹⁹ refieren que el tratamiento de iontoforesis es una alternativa terapéutica efectiva para las lesiones durante la fase de inflamación, ya que la tendinopatía de Aquiles causa dolor en la parte superior del tendón y así mismo también puede combinar con una exostosis del calcáneo o Haglund.

15

Resultados para el segundo objetivo: Entender la importancia de la aplicabilidad de la iontoforesis en los tratamientos de tendón de Aquiles.

De acuerdo al segundo objetivo planteado, los resultados de la revisión bibliográfica de Sanchez²⁰, Villa¹⁴; Giler⁹; Miranda⁵ y Bravo²¹, refieren que la aplicación de la iontoforesis en los tratamientos de tendón de Aquiles es alta, esto porque la aplicación de este método es de gran ayuda en los tratamientos para su recuperación.

Asimismo de acuerdo a los casos aplicados en estudio clínicos de la iontoforesis por Alzua²²; Abarquero et al.⁷, Miranda⁵, Bravo²¹; Martínez et al.¹³ y Guiloff¹², los resultados muestran que son positivos, la mayoría de los estudios se enfocan en el tratamiento y rehabilitación puesto que mayormente los estudios se realizan a pacientes que sufren de alguna enfermedad, síndrome patológico los cuales requieren terapia, como es el caso del ensayo clínico de Miranda¹⁷; el cual realiza la efectividad de la iontoforesis a pacientes con síndrome de pinzamiento subacromial, Costa y Guiloff¹⁵, realiza el ensayo clínico a pacientes con LE.

Por lo tanto su importancia se da porque facilita el transporte de medicamentos moleculares a través de la piel al tendón de Aquiles que a su vez se realiza bajo la influencia de un campo eléctrico externo. Dicha técnica consigue altas concentraciones locales del medicamento y bajos niveles plasmáticos que disminuyen los efectos secundarios.

16

Resultados para el tercer objetivo: Comprender el uso de las técnicas y la eficacia en los resultados de la aplicación de la iontoforesis para el tratamiento de calcificación.

En cuanto al uso de esta técnica, Llamoca²³; Gutiérrez²⁴; Kale²⁵; Byrne²⁶ y Reis³⁰, concuerdan en que consiste en que se usa la corriente eléctrica para poder conseguir la penetración del medicamento a través de la piel afectada que sobre

el tendón de Aquiles. Byrne²⁶ y Reis²⁷ señalan que la capacidad de penetración del fármaco para el tendón de Aquiles es de 1cm de profundidad, de manera que la superficie de la parte afecta es la más susceptible de recibir el fármaco. Asimismo, Kumar²⁸, Ibrahim²⁹ y Zea³⁰, tienen el mismo concepto de que está basada en la aplicación radical de medicamentos (iones y moléculas ionizadas) en el tendón de Aquiles, que es introducida por la vía transcutánea y por la corriente galvánica, cuya finalidad es la modificación bioquímica e la zona afectada, “por medio de la inmersión del fármaco que se trata terapéuticamente”. Asimismo, Curtido³¹ y Córdova³² concluyen que la electroforesis rechaza toda la carga que tenga igual polaridad ya que los iones cargados positivamente son repetidos por los ánodos y los iones cargados negativamente son repelidos por el cátodo, de modo que para poder suministrarse el fármaco ionizado por medio de la corriente galvánica tiene que tener la dosis de 2 mA por 20 min de acuerdo al tratamiento.

Por lo cual, tiene alta efectividad, esto por el uso y la aplicación general y estandarizado de las técnicas para el tratamiento que es de gran importancia para la eficacia en los resultados debido a que la piel es el órgano más importante del cuerpo humano, puesto que nos permite estar expuestos al medio externo para protegernos, ya que la piel también juega un papel importante en los estudios realizados y se basa en el transporte del fármaco mediante los órganos antes mencionados.

5 Discusión-Conclusión

Tras los resultados hallados en la revisión bibliográfica, lo primero que podemos señalar es que el tratamiento de iontoforesis empleado en la fisioterapia, facilita el transporte de medicamentos moleculares por medio de la piel, que a su vez se realiza bajo la influencia de un campo eléctrico externo. Esta técnica consigue altas concentraciones locales del medicamento y bajos niveles plasmáticos que disminuyen los efectos secundarios. En tal sentido la iontoforesis se ha convertido en un tratamiento que a través del tiempo se volvió en un método destinado a la disminución del dolor y la inflamación por medio de los iones fisiológicos activos, asimismo por medio de corriente galvánica que atraviesa la piel y sus mucosas, y la rehabilitación física con iontoforesis que logra disminuir el dolor y la inflamación en la parte afectada de los tendones, según los autores que realizaron ensayos clínicos y demuestran los casos a continuación.

Tapia⁸; y Pérez¹, en sus estudios demuestran la efectividad de la iontoforesis del ácido acético al 5 % y el ultrasonido en el tratamiento de la tendinitis calcificante (TC), donde refiere que la TC es una afección muy común en el tratamiento de

rehabilitación y es una de las causas más comunes de disfunción y dolor en el hombro causada por el depósito de carbonato cálcico o fosfato cálcico sobre fibras de tendones previamente sanas. En tal sentido, Llamoca²³, Gutiérrez²⁴ y Kale²⁵, se refiere que el ácido acético al 5% y la iontoforesis por ultrasonidos son seguros y efectivos en el tratamiento de la tendinitis de Aquiles calcificada bilateral, y Tanaka¹¹ concluye también que la iontoforesis aumenta la absorción de F, mejora la penetración del esmalte y reduce la calcificación del ácido, coincidiendo con los resultados de Fernández⁴ en su estudio llega a la conclusión de que la tendinitis calcificante en mujeres trabajadoras de edad mediana, afecta el tendón supraespinoso que a su vez está relacionado al tabaquismo y la diabetes, de modo que la iontoforesis con ácido acético más el ultrasonido es una técnica segura y económica para reducir el dolor de la calcificación, por consiguiente otros autores como es el caso de Zea³⁰ y Villa¹⁴, ¹⁸ refieren que no se debe a procesos degenerativos sino a procesos celulares; sin embargo Martínez et al.¹³ concluyen que restaurar la estructura normal del tendón mediante la aplicación de iontoforesis con ácido acético al 5% y la ecografía es una técnica segura, sencilla y económica que, junto con los niveles recomendados de evidencia científica, puede reducir el dolor y la calcificación y mejorar la limitación funcional, ya que restaura la estructura normal del tendón. En cuanto a los tratamientos con iontoforesis en la aplicación de fisioterapia con alguna anomalía o algún síndrome, Buyuksireci² después haber observado la evolución sobre la efectividad de la iontoforesis con dexametasona para el tratamiento con síndrome de pinzamiento con dolor y función concluye que la adición de iontoforesis de dexametasona y la fisioterapia proporciona mejoras clínicas y funcionales, resultados que coinciden con Dionei³ ya que en su ensayo realizado a pacientes que padecen de epicondilitis lateral dieron buenos resultados puesto que tras la aplicación de iontoforesis se observó mejoría, concluyendo que la iontoforesis es un método eficaz para reducir el dolor y mejorar la fuerza y función muscular en personas con epicondilitis lateral, resultado coincidente con Kumar²⁸, Ibrahim²⁹ y Zea³⁰, que en su ensayo clínico sobre la evaluación de la seguridad y eficacia de la reticulación repetida de colágeno corneal asistida por iontoforesis y por otro lado la efectividad de la intervención de electroterapia mediante iontoforesis en pacientes que padecen de Raynaud, concluyen que el tratamiento mediante la iontoforesis con DICXL (iontoforesis) y el tratamiento con agua corriente parece ser eficaz, para mejorar la sintomatología de esta patología en sus dos formas de presentación conclusión coincidente con Ramos et al.¹⁶, los cuales refieren que la iontoforesis es más eficaz que el uso de intervenciones para reducir el dolor de la tendinitis bilateral y aumentar la amplitud de movimiento.

En cuanto los tratamientos sobre tendinitis calcificante de hombro Miranda⁵ en su informe da a conocer casos sobre la tendinitis calcificante en el hombro, la expansión intraósea, que en muchos casos puede mezclarse con otra lesión tumoral, evitando biopsias o tratamientos innecesarios y presentar un experimento con el tratamiento artroscópico el cual concluye que la lesión osteológica con edema perilesional es la tuberosidad mayor, destacan que el diagnóstico diferencial es la expansión intraósea de una tendinitis calcificante ¹⁹ dando un resultado eficaz a los casos del tratamiento artroscópico, resultados coincidentes con Giler & Giler et al.⁹ que realiza una revisión sistemática sobre los tratamientos del dolor en la tendinitis clasificada del hombro mediante el uso de ondas de choque focal, llegando a concluir que las ondas de choque focales surgen como un tratamiento alternativo en la tendinopatía calcificante del hombro, los estudios realizados a nivel mundial demuestran su eficacia y que el tratamiento puede ser eficaz aun cuando la cirugía haya fracasado. En ese sentido Abarquero⁷ en su ensayo clínico sobre la terminación de la tendinopatía, llega a la conclusión que las técnicas planteadas presentan excelentes resultados como tratamiento quirúrgico de la tendinopatía de Aquiles.

En tal sentido se presentaron las discusiones sobre la aplicación de la iontoforesis en distintas ramas donde cada estudio realizado concluye que la aplicación de iontoforesis es efectiva en el tratamiento de anomalías lesionales y enfermedades de acuerdo con Abarquero⁷, Miranda⁵, Bravo²¹, Martínez¹³ y Guiloff¹².

Se concluye según la revisión bibliográfica, que la técnica de iontoforesis en fisioterapia tiene alta efectividad en los tratamientos de calcificación en el tendón de Aquiles. Esto se debe al gran impacto que presenta en la mejora de la situación clínica de los pacientes, y además en que su aplicación no causa molestias y el tiempo de absorción es corto.

- Referente a la aplicación de la iontoforesis en los tratamientos de pacientes que padecen de tendinitis y que no encuentran resultados en otras técnicas, la iontoforesis es una de las mejores opciones, pues permite la rehabilitación y circulación del desorden de clasificación. Esto según muchos estudios que consideran importante esta técnica, en la rehabilitación de pacientes con tendinitis y otras enfermedades, síndromes o patologías.

- Finalmente, el uso y aplicación del tratamiento con iontoforesis, presenta un rol preventivo o incluso de relajación según los resultados de los estudios revisados, que depende también de la deontología profesional, por ello es importante comprender la técnica más adecuada para el tratamiento de calcificación del paciente.

6 Bibliografía

1. Pérez, O et al. Bilateral Calcification of Achilles' Tendons, and Acetic Acid Iontophoresis Plus Ultrasound Effectiveness. Kowsarpub. 2018; 8: 171- 183.
2. Buyuksireci, D. Evaluation of the effectiveness of dexamethasone iontophoresis in patients with subacromial impingement syndrome. Sciencedirect. 2020; 7: 8-17.
3. Dionei. Iontophoresis in lateral epicondylitis: a randomized, double-blind clinical trial. ScienceDirect, 9. 2019; 4: 29-44.
4. Fernandez, M. Tendinitis calcificante de hombro: factores de riesgo y efectividad de la iontoforesis con ácido acético 5% más ultrasonido: estudio cuasi experimental prospectivo a 5 años con 138 casos. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2020; 22: 47-55.
5. Miranda. Tendinitis calcificante de hombro con extensión intraósea: experiencia con el tratamiento artroscópico y revisión de la literatura. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2020; 7: 13-21.
6. Giler, A et al. Tratamiento del dolor en la tendinitis calcificada de hombro mediante el uso de Ondas de Choque Focales. Revista Científica Dominio de las ciencias. 2020; 19: 240-263.
7. Abarquero, E et al. Estudio de los resultados clínico-funcionales de la calcaneoplastia abierta y reparación tendinosa con sistema de cinta y doble hilera en el tratamiento de la tendinopatía insercional del tendón de Aquiles. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2021; 13: 47-53.
8. Tapia, R. Abordaje fisioterapéutico de las alteraciones vasculares y su relación con el procesamiento del dolor crónico y la funcionalidad del miembro superior en pacientes con fenómeno de Raynaud. Dialnet. 2019; 13: 111-123.
9. Giler, A et al. Tratamiento del dolor en la tendinitis calcificada de hombro mediante el uso de Ondas de Choque Focales. Revista Científica Dominio de las ciencias. 2020; 19: 240-263.
- 22
10. Gonzales, S. (2017). Decálogo de iontoforesis para el tratamiento de la Hiperhidrosis. Dialnet.2017; 33: 49-65.
11. Tanaka, T. Preventive effects of iontophoresis on bovine enamel decalcification through enhancing uptake and transportation of fluoride - in vitro study. ScienceDirect. 2018; 10: 103-119.
12. Guilloff, S. Tendinitis cálcica del manguito rotador y su lavado por ultrasonido. Scielo. 2017; 13 55-69.
13. Martínez T, et al. Efectividad de las ondas de choque o iontoforesis en la ten-

- dinitis calcificada del supraespinoso. Infomed. 2019; 15: 66-81.
14. Villa, A. Iontoforesis En Terapia Física. Lima: Universidad Inca Garcilaso De La Vega Facultad de Tecnología Médica Carrera de Terapia Física y Rehabilitación. 2018; 13 47-53.
 15. Bravo T. La declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. España. BMJ. 2021
 16. Ramos, L. et al Rehabilitación de hombro en Atención Primaria: Efectividad de un Protocolo aplicado. ASUNIVEP, 2017; 2: 415-418.
 17. Cuadros, F. Tendinitis calcificante de hombro: factores de riesgo y efectividad de la iontoforesis con ácido acético 5 % más ultrasonido: estudio cuasiexperimental prospectivo a 5 años con 138 casos. Scielo. 2021; 11: 121-133.
 18. Comboza, R. Síndromes dolorosos musculotendinosos. Revisión de. Revista Cubana de Reumatología. 2019; 13: 18-33.
 19. Cuadros, F. Calcificación del ligamento colateral medial de la rodilla: manejo rehabilitador con ondas de choque más iontoforesis de una entidad poco frecuente. Caso clínico y revisión. ScienceDirect. 2021; 13: 33-41.
 20. Sánchez, J. Estudio de la eficiencia de la fisioterapia en individuos con disfunción de la articulación temporomandibular. Universitat de Vic. 2020; 1:19-24
 21. Bravo, M. Eficacia de las ondas de choque o la iontoforesis en la tendinitis calcificada del supraespinoso. Medigraphic. 2019; 13: 19-23.
 22. Alzua, O. Revisión Sistemática en Tratamiento y Prevención Fisioterápicos de la Tendinitis Aquilea en Bailarines de Ballet. 2019; 11: 51-59.
 23. Llamoca, S. Terapia con ondas de choque: Procedimiento alternativo e innov. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). 2021.
 24. Gutiérrez, J. Manual de Neonatología. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. 2019.
 25. Kale, M. Modulated delivery of donepezil using a combination of skin micro- poration and iontophoresis. ScienceDirect, 2020.
 26. Byrne, J. D. Use of iontophoresis for the treatment of cancer. ScienceDirect, 144-151.
 27. Reis, T. Combination of cyclodextrin complexation and iontophoresis as a promising strategy for the cutaneous delivery of aluminum-chloride phthalocyanine in photodynamic therapy. ScienceDirect. 2019.
 28. Kumar, T. Extraction of levetiracetam for therapeutic drug monitoring by transdermal reverse iontophoresis. ScienceDirect. 2019.3; 54-60.
 29. Ibrahim, N. Effect of magnesium sulfate iontophoresis on myofascial trigger points in the upper fibres of the trapezius. ScienceDirect. 2021.9; 369-378.

30. Zea, G. Iontoforesis En Terapia Física. Universidad Inca Garcilaso De La Vega. 2018.7; 98 - 109.
31. Curtido, C. Tratamiento De Tendinitis Calcificante En Músculo Supraespinoso Mediante Iontoforesis, Ultrasonidos Y Neuromodulación. A Propósito De Un Caso. España: Universidad de Almeria. 2020.
32. Córdova, A. Nueva visión del tratamiento de la fascitis plantar en deportistas. Utilidad del entrenamiento funcional mediante el esquí. Scielo. 2017. 11; 44 - 56.
33. Bravo T. La declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. España. BMJ. 2021
34. Harris, A. Acetic Acid Iontophoresis in The Management Of Heterotopic Ossification in an Individual Post-Stroke: A Case Report. scienceDirect. 2020.
35. Rodríguez J. Apuntes de Electroterapia. Fisioterapeuta. 2019. <https://www.electroterapia.com/pdf/apuntes-electroterapia.pdf>.

Capítulo 280

TENDINOPATÍA PATELAR EN ENTRENADORES DE BALONCESTO

LAURA SANTOCILDES SALGADO

1 Introducción

Patología tendinosa es el término empleado para la presencia de lesión tendinosa vista en diagnóstico por imagen con o sin dolor. La patología tendinosa con presencia de dolor es conocida como tendinopatía. En este trabajo el término patología tendinosa se empleará para referirse a lesión tendinosa diagnosticada por ecografía y el término tendinopatía se empleará para referirse a aquellos tendones que se hayan diagnosticado clínicamente con dolor tendinoso.

Cook et al. demostraron en un estudio prospectivo que no todos los tendones con lesión objetivable en ecografía se volvían sintomáticos. Sin embargo, son muchos los estudios que muestran un aumento del riesgo de desarrollar tendinopatía, es decir, dolor tendinoso si se tiene lesión tendinosa objetivable no dolorosa previamente.

Como Cook y Purdam defienden en su modelo continuo, cuanto más avanzada es la tendinopatía, más difícil es revertir completamente la lesión a un estado no patológico.

Por tanto, es primordial detectar la tendinopatía patelar tan pronto como sea posible, para así tener mayor probabilidad de éxito en el tratamiento de esta.

Pese a la alta prevalencia de tendinopatía patelar en baloncesto, debido a la naturaleza de las tendinopatías; de aparición insidiosa y en muchas ocasiones con síntomas no limitantes durante la actividad (los signos suelen aparecer tras 24 horas), los atletas continúan compitiendo y entrenando. Debido a esto, es difícil

determinar la prevalencia de las lesiones por sobreuso, ya que no suelen registrarse cuando las lesiones se tienen en cuenta solamente por criterios de tiempo apartado de los terrenos de juego.

Prevención de la tendinopatía patelar:

- Prevención primaria de la tendinopatía: educación del entrenador
- Aplicación de herramientas terapéuticas demostradas de forma preventiva
- El deportista en edad de desarrollo
- Utilización de las nuevas tecnologías en la prevención de lesiones

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Valorar la eficacia como herramienta preventiva la realización de ejercicios que combaten factores de riesgo, así como la realización de un protocolo de ejercicios isométricos e isotónicos controlando la frecuencia mediante órdenes verbales (TNT) previamente a la actividad deportiva para prevenir la aparición de tendinopatía patelar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Medir la presencia y estadio de lesión tendinosa o tendinopatía, al inicio y al final de la temporada. En el caso de que esté presente al inicio de la temporada valoraríamos su progresión o regresión al final de la temporada.

3 Metodología

Diseño del estudio.

Los entrenadores del grupo experimental serán formados mediante una app móvil en cómo prevenir, detectar, y actuar frente a la tendinopatía patelar, mientras que a los del grupo control solo serán, sin que ellos lo sepan, formados en hábitos saludables sin intervención específica en el tendón con una aplicación móvil diferente. Ni los entrenadores ni los investigadores serán conocedores de en qué grupo ha sido asignado cada entrenador hasta después de la segunda recogida de datos al finalizar la temporada. Por tanto, se trata de un estudio doble ciego.

Los entrenadores realizarán tres test durante la temporada para asegurar que han aprendido y llevado a cabo la formación recibida. Deberán aprobar los tres test con un 70% de acierto para que ellos y los jugadores de su equipo puedan continuar formando parte del estudio.

A principio y a final de año se realizará un estudio ecográfico, exploración clínica, cuestionario VISA-P, y screening de criterios clínicos de exclusión.

Al final del estudio se compararán los resultados obtenidos en ambos grupos.

Ámbito del estudio y periodo de actuación

Del 9 de mayo de 2016 al 30 de septiembre de 2017.

Sujetos de estudio

Entrenadores de baloncesto y los jugadores varones de baloncesto que de ellos dependen, de entre 14 y 17 años, que entrenen al menos 3 veces por semana.

4 Resultados

Se realiza una exploración ecográfica de todos los jugadores, donde valoraremos el grosor, patrón fibrilar, y presencia de vasos intratendinosos en el tendón rotuliano. Con estos hallazgos clasificaremos el estadio en que se encuentra la tendinopatía patelar según el modelo continuo. También la presencia de calcificaciones intratendinosas y la regularidad del borde óseo del polo distal de la rótula. Además, valoraremos el grosor de la grasa infrapatelar.

También realizamos una exploración clínica de los jugadores:

- Sentadilla en declive (PaTeLR test): El jugador se sitúa en apoyo monopodal sobre la pierna afectada en una plataforma en declive de 25° y se le indica que manteniendo el tronco erguido realice una sentadilla de 90° de flexión de rodilla si es posible (Figura). A continuación el test se realiza con la pierna no afectada.
- Dolor a la palpación del polo inferior de la rótula: Se realiza una báscula anterior del polo inferior de la rótula y se palpa el polo inferior de la rótula. La palpación del tendón si tenemos solamente en cuenta la aparición o no de dolor, tiene una sensibilidad y especificidad del 56% y 47% respectivamente, y un valor predictivo positivo del 22%.

Valoraremos la inestabilidad femorotibial y las lesiones meniscales aplicando los siguientes test: a. Prueba de Lachman para lesión del LCA b. Prueba del cajón posterior en flexión de 90° c. Prueba de compresión Appley para lesión meniscal d. Prueba de Steinmann I

Por último, se pasa un cuestionario a los entrenadores para valorar su conocimiento, así como, otro cuestionario para valorar su aplicación práctica. Debido a que la muestra es mayor de 30 sujetos en ambos estratos, podemos asumir la normalidad de la distribución de las variables. Pese a ello, comprobaremos la normalidad con la prueba de Kolmogorov – Smirnov. Si no se cumpliera el supuesto de normalidad ($p < 0.05$), la prueba t de Student para muestras independientes es robusta y soporta el incumplimiento del supuesto de normalidad.

Comprobaríamos el supuesto de homocedasticidad mediante la prueba de Levene. En el caso de que $p < 0.05$ no se cumpliría el supuesto de homocedasticidad y emplearíamos los resultados corregidos en la prueba t en la que no se asume la igualdad de varianzas.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los conocimientos que se enseñan a los entrenadores, y no podemos saber cuáles de todas las intervenciones son las más eficaces a la hora de prevenir o tratar la tendinopatía patelar o lesión tendinosa ya instaurada. Por lo que si lo que se quiere es saber la eficacia de una intervención específica debería analizarse aisladamente.

Por otro lado, el estudio depende de la adherencia de los entrenadores a los protocolos de prevención propuestos.

Además, cabe la posibilidad de no alcanzar el número de sujetos esperado, bien debido a los criterios de exclusión del estudio, o bien por la falta de aceptación de jugadores y/o tutores legales del consentimiento informado.

6 Bibliografía

1. Simpson M, Rio E, Cook J. At What Age Do Children and Adolescents Develop Lower Limb Tendon Pathology or Tendinopathy? A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med.* 2016 46(4):545-57
2. Cook JL, Khan KM, Kiss ZS, Griffiths L. Patellar tendinopathy in junior basketball players: a controlled clinical and ultrasonographic study of 268 patellar tendons in players aged 14-18 years. *Scand J Med Sci Sports.* 2000; 10: 216-220.
3. Cook JL, Purdam CR. Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain clinical presentation of load-induced tendinopathy. *Br J Sports Med* 2009 43: 409-416
4. Rudavsky A, Cook J. Physiotherapy management of patellar tendinopathy (jumper's knee). *J Physiother.* 2014 Sep; 60 (3): 122-9.
5. Zwerver J, Bredeweg SW, Van den Akker-Scheek I. Prevalence of Jumper's knee among nonelite athletes from different sports: a cross-sectional survey. *Am J Sports Med* 2011; 39: 1984-1988.
6. Scott A, Docking S, Vicenzino B, Alfredson H, Zwerver J, Lundgreen K, et al. Sports and exercise-related tendinopathies: a review of selected topical issues

- by participants of the second International Scientific Tendinopathy Symposium (ISTS) Vancouver 2012. *Br J Sports Med.* 2013; 47 (9): 536-544
7. Maloney S, Tunnecliff J, Morgan P, Gaida JE, Clearihan L, Sadasivan S, et al. Translating Evidence Into Practice via Social Media: A Mixed-Methods Study. *J Med Internet Res* 2015; 17 (10): e242
8. Scattone Silva, R, Nakagawa HT, Ferreira AL, Garcia LC, Santos J, Serrao FV. Lower limb strength and flexibility in athletes with and without patellar tendinopathy, *Physical Therapy in Sport.* 2015 (12): 1-7
9. Scattone Silva, R, Nakagawa HT, Ferreira AL, Santos J, Serrao FV. Rehabilitation of patellar tendinopathy using hip extensors strengthening and landing-strategy modification: case report with 6 months follow-up. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2015; 45 (11); 899-909.
10. Ranger TA, Wong AMY, Cook JL, Gaida JE. Is there an association between tendinopathy and diabetes mellitus? A systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2014 48: A55-A56
11. Duró JC, Vega A. Prevalence of articular hypermobility in school children: One-district study in Barcelona. *Rheumatology*, 2000; 1153-1165
12. Tilley BJ, Cook JL, Docking SI, Gaida JE. Is higher serum cholesterol associated with altered tendon structure or tendon pain? A systematic review. *Br J Sports Med.* Published online October 15 2015

Capítulo 281

FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

LAURA SANTOCILDES SALGADO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es la variedad de demencia más recuente (en algunos estudios representa aproximadamente el 60% - 70 % del total de los casos) y está catalogada como enfermedad neurodegenerativa adquirida y progresiva. Se caracteriza por afectación de al menos dos o más funciones cerebrales que afecta principalmente a la corteza cerebral (temporo – parietal) y que produce un deterioro cognitivo múltiple e invalidante: déficits cognitivos, desorientación espaciotemporal y pérdida de memoria a corto plazo, lo que dificulta la realización de las tareas cotidianas.

Actualmente es de etiología desconocida.

La Enfermedad de Alzheimer no es fácil de diagnosticar, ya que en sus primeras etapas puede no ser diferenciable del proceso de envejecimiento normal del ser humano. Actualmente, existen una serie de métodos, procedimientos y pruebas que ayudan a su diagnóstico, más para excluir demencias secundarias que por determinar de manera fehaciente la Enfermedad de Alzheimer en un paciente; ésta sólo podría confirmarse con estudios microscópicos de una muestra de tejido cerebral que únicamente podrían ser llevados a cabo después de la muerte.

En este sentido, el “National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association” estableció los criterios NINCDS-ADRDA para el estudio diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.

Son los más ampliamente utilizados, clasificando la enfermedad de Alzheimer en 3 niveles de certeza diagnóstica:

- Posible.
- Probable.
- Definitiva.

Para el diagnóstico definitivo se requiere la presencia de manifestaciones clínicas de certeza diagnóstica probable, más confirmación histológica a través de biopsia o necropsia.

Los síntomas que podemos observar en la enfermedad de Alzheimer estarán condicionados por la evolución de las lesiones en las zonas cerebrales afectadas y de las funciones mentales superiores que en ellas se desarrollan. De todos los síntomas posibles, los más característicos son:

- Deterioro de la memoria.
- Alteración en el lenguaje (afasia).
- Fallos en el reconocimiento de objetos y personas (agnosia).
- Alteraciones en la ejecución (planificación, organización, abstracción) y deterioro de las capacidades motoras (apraxia).

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es realizar una revisión sistemática sobre los tratamientos de fisioterapia más adecuados para pacientes que con Alzheimer, en función del estadio en el que se encuentren y la sintomatología de cada uno de ellos.

De esta manera obtener una guía de tratamiento idónea para cada paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión sistemática sobre la los últimos estudios y bibliografía acerca de la fisioterapia en los pacientes con Alzheimer. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo.

La bibliografía consultada se sometía a una serie de criterios de inclusión y exclusión para usarlos en el trabajo.

4 Resultados

La Confederación Mundial de Fisioterapia (WCTP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un proyecto conjunto, reflejaron el papel de la fisioterapia en un campo tan importante y cada vez más extenso como el de la tercera edad. Dada la mayor prevalencia del síndrome demencial en general, y la enfermedad de Alzheimer en particular, en este sector de la población, a partir de las conclusiones de dicho trabajo, se definieron los requisitos que deberá cumplir el fisioterapeuta para poder proporcionar una fisioterapia eficaz a las personas con enfermedad de Alzheimer: a) Conocimientos y dominio de técnicas relacionadas con la prevención, el alivio y el tratamiento de los trastornos del movimiento que requieren estas personas. b) Comprensión clara de las consecuencias psicológicas, sociales y ambientales del proceso. c) Deber de colaboración con otros miembros en el trabajo del equipo interdisciplinar. d) Llevar a cabo, al mismo tiempo, una labor educativa y de asesoramiento a los pacientes, familiares, cuidadores y resto de profesionales, personal sanitario y social.

La OMS y WCPT recomiendan la intervención de la Fisioterapia en demencias desde las primeras fases de la enfermedad:

- Variando los objetivos y el plan de acción según la evolución de la demencia.
- Importancia de las medidas preventivas, tanto para desarrollar y/o mantener al máximo las capacidades residuales como para evitar la situación de incapacidad y posibles complicaciones.
- Aplicación de un tratamiento activo para disminuir los síntomas invalidantes.
- Importancia del papel de los cuidadores, dada la poca o nula capacidad de colaboración por parte de los enfermos de Alzheimer.

Objetivos específicos de la fisioterapia en la primera fase de la enfermedad: a) Retrasar la pérdida de capacidades funcionales, tanto físicas como en las actividades de la vida diaria (AVD). b) Mantener las máximas capacidades posibles de movilidad, desplazamiento e independencia en actividades básicas. c) Procurar la vida más independiente posible. d) Prevenir complicaciones asociadas: cardiovasculares y de carácter respiratorio.

Medios de tratamiento:

- Relajación.
- Potenciación y/o mantenimiento de la movilidad.
- Entrenamiento de la deambulación/reeducación de la marcha, incluyendo el equilibrio.
- Ejercicios de coordinación, tipo Frenkel.

- Fisioterapia respiratoria.

Objetivos específicos de la fisioterapia en la segunda fase: a) Mantener las máximas capacidades posibles de movilidad y desplazamiento e independencia en AVD. b) Prevenir las alteraciones cardiorrespiratorias. c) Mantener el esquema corporal. d) Prevención de accidentes.

Medios de tratamiento:

- Ejercicios de relajación.
- Tratamiento postural.
- Enseñar a familiares y/o cuidadores.
- Mantenimiento de la marcha el máximo tiempo posible.
- Ejercicios de equilibrio y coordinación.
- Tratamiento del dolor, de origen musculoesquelético, con termoterapia y crioterapia, excluyéndose el uso de electroterapia.
- Fisioterapia respiratoria.
- Drenaje postural y manejo de secreciones.
- Masaje circulatorio y drenaje linfático manual (DLM).

Objetivos específicos de la fisioterapia en la fase terminal o tercera fase: a) Retardar lo máximo posible el encamamiento. b) Prevención-tratamiento de las complicaciones propias del encamamiento e inmovilidad: cardiorrespiratoria, cutáneas, articulares, metabólicas. c) Mantenimiento el mayor tiempo posible de la movilidad articular, el tono muscular, una buena capacidad respiratoria, coordinación y equilibrio.

5 Discusión-Conclusión

Todos los estudios y libros examinados nos muestran una claro retraso en la progresión de la enfermedad si el paciente se somete a tratamiento de fisioterapia, y será mas efectivo cuanto antes se comience, es decir, siempre en las primeras fases de la enfermedad.

El tratamiento varía en función del estadio de la enfermedad, ya que en las primeras fases se centrará en ejercicio mas físico, de coordinación y de marcha, en cambio, en las ultimas fases será un tratamiento más centrado en los ejercicios respiratorios, la relajación e intentar mantener el tono muscular con ejercicios principalmente pasivos.

Es difícil realizar un protocolo de tratamiento estándar porque se aprecian muchas variaciones entre los pacientes, pero sí podemos establecer unas bases un poco genéricas para cada etapa.

6 Bibliografía

1. La nueva ciencia: Alzheimer. Revista española de Economía de la Salud. 2002;1 Supl 1.
2. La realidad actual del Alzheimer: el escaso desarrollo de la atención sociosanitaria a los enfermos y sus familias. Revista española de Economía de la Salud. 2002;1 Supl 1.
3. Ramírez J, Sánchez-Caravaca MA, Villaverde C.. Actividad física en la vejez: hacia una vejez con éxito. Scientia.. Revista de Ciencias de la Salud, 4 (1999), pp. 113-22.
4. García JM, Calvo I, Gómez A. Efectos del ejercicio físico en la prevención de caídas en pacientes con enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática. Rev Fisioterapia. 2021; 43(1): 38-47.
5. Jedrzejewski AK, Lee VMY, Trojanowski JQ. Physical activity and cognitive health. Alzheimer's & Dementia. 2007; 3:98-108.
6. Sánchez M. Fisioterapia y Alzheimer. Rev Npunto. 2021; 45(4):82-111.

Capítulo 282

LA FISIOTERAPIA EN EL PARKINSON

LAURA SANTOCILDES SALGADO

1 Introducción

Entendemos el Síndrome de Parkinson como una entidad clínica caracterizado por 4 signos:

- Temblor de reposo.
- Rigidez (aumento del tono muscular).
- Acinesia (bradicinesia, ralentización del movimiento).
- Alteraciones posturales (con el transcurso de la enfermedad).

Generalmente es identificado con la Enfermedad de Parkinson (EP), ya que es la principal causante del síndrome, representado la variedad idiopática más del 70% de los casos. Existen otras variedades menos frecuentes (menos del 10 % de los casos) pero que son importantes para comprender la fisiopatología. De hecho se han descrito múltiples enfermedades y procesos que pueden cursar con parkinsonismo.

Las manifestaciones clínicas iniciales en la EP suelen ser bastante inespecíficas, por lo que se dice que el inicio es insidioso. Suelen ser siempre de predominio asimétrico. El período de latencia preclínico se ha estimado en 5 a 10 años, aunque puede ser variable. La lesión degenerativa de múltiples sistemas neuronales dará lugar a complejas alteraciones que pueden explicar la heterogeneidad clínica de la EP. Aunque es la afectación del sistema nigroestriado la responsable de las manifestaciones motoras clásicas.

La demostración de la presencia de temblor y rigidez puede ser difícil en las fases iniciales de la enfermedad. Para detectarlos resulta útil el uso de maniobras de refuerzo y de distracción. Además es importante tener en cuenta, en contra de

la tradición popular, que puede darse una ausencia de temblor en un 30% de los pacientes, lo que retrasa el diagnóstico.

Por tanto, es importante conocer los síntomas inespecíficos que pueden darse en el inicio de la enfermedad:

- Cansancio excesivo.
- Astenia.
- Estreñimiento.
- Hiposmia.
- Depresión.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es realizar una revisión sistemática para ver los tratamientos de fisioterapia más adecuados en pacientes que tengan Parkinson, en función del estadio en el que se encuentren y la sintomatología de cada uno de ellos.

De esta manera obtener una guía de tratamiento idónea para cada paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión sistemática sobre la los últimos estudios y bibliográfica acerca de la fisioterapia en los pacientes con Parkinson. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo.

La bibliografía consultada se ha sometido a una serie de criterios de inclusión y exclusión para la realización del trabajo.

4 Resultados

A diferencia de otras enfermedades neurodegenerativas, para los síntomas de la Enfermedad de Parkinson (EP) se dispone de tratamientos médicos y/o quirúrgicos eficaces, aunque todos ellos son sintomáticos. En la actualidad la rehabilitación supone el complemento para enlentecer la progresión de la neurodegeneración.

El tratamiento de la EP puede dividirse en: farmacológico, quirúrgico y de rehabilitación. Y si solo nos referimos al tratamiento médico podemos hablar de 4 categorías: a. Preventiva (neuroprotección): interfiere con la causa de muerte

de las células de la sustancia negra, para intentar evitar o enlentecer la progresión de la enfermedad. b. Sintomática (farmacológico): restaurar la función de la dopamina en el cuerpo estriado. Puesto que la EP se produce por una deficiencia de dopamina en el cuerpo estriado, uno de los objetivos es restaurar los niveles normales de este neurotransmisor. c. Cirugía: a través de diferentes técnicas quirúrgicas (lesión o estimulación) se interfiere en los mecanismos fisiopatológicos de la EP. d. Restauradora: aporta nuevas células o estimula células normales o enfermas. A esta función se dedican las investigaciones actuales, que intentan estimular las células para que produzcan más Dopamina (farmacológico y/o quirúrgico).

Dentro de la fisioterapia, las técnicas a emplear son:

- Masaje + masaje abdominal (estreñimiento pertinaz).
- Hidroterapia, especialmente la cinebalneoterapia.
- Ejercicios de relajación.
- Fisioterapia respiratoria.
- Ejercicios de movilización, preferentemente primero de tipo activos.
- Ejercicios de control motor.
- Ejercicios de equilibrio.
- Corrección postural: reeducación postural global (RPG), reeducación propioceptiva.
- Entrenamiento de la marcha.
- Ejercicios de coordinación tipo Frenkel.
- Entrenamiento orientado a tareas.
- Facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP).
- Estiramientos analíticos y globales, activos y pasivos.
- Ejercicios faciales, tipo mímica, juegos.
- Ergoterapia.
- Fortalecimiento muscular.
- Estimulación sensorial.

Respecto al ejercicio en el paciente de Parkinson vemos que la debilidad muscular en el enfermo de Parkinson se debe tanto al proceso de envejecimiento (sarcoopenia) como al descenso de la actividad por disminución del impulso de ganglios basales que decrecienta al mismo tiempo la actividad motora de corteza cerebral y médula espinal. Varios estudios correlacionan los beneficios del ejercicio físico con aumento de la neuroplasticidad y un aumento de la síntesis de dopamina en las neuronas restantes aún no afectadas. En cuanto al tipo de ejercicios existen diferentes artículos que usaron diferentes modalidades, que fueron analizados en

un metaanálisis, en el cual quedaban claros los efectos beneficiosos, independientemente del ejercicio usado:

- Aumento del funcionamiento físico.
- Aumento calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).
- Mejora del equilibrio y mayor fuerza muscular.
- Aumento de la velocidad de la marcha.
- No se objetivaron mejora del estado depresivo ni influencia en las caídas.

Tipos de ejercicios:

- Estiramientos.
- Ejercicio progresivo.
- Ejercicio aeróbico.
- Ejercicio de fortalecimiento muscular.
- Entrenamiento del equilibrio.
- Relajación y activación muscular.
- Soporte del peso corporal.
- Cinta rodante.

5 Discusión-Conclusión

Todos los estudios y libros examinados nos muestran una claro retraso en la progresión de la enfermedad si el paciente se somete a tratamiento de fisioterapia, y será mas efectivo cuanto antes se comience, es decir, siempre en las primeras fases de la enfermedad.

El tratamiento varía en función del estadio de la enfermedad, ya que en las primeras fases se centrará en ejercicio mas físico, de coordinación, y de marcha, siempre evitando (o retrasando) las malformaciones que produce el Parkinson como la postura de simio y las múltiples contracturas musculares que genera.

En cambio, en las últimas fases será un tratamiento más centrado en los ejercicios respiratorios y de deglución, ejercicios de relajación e intentar mantener el tono muscular y evitar el inmovilismo completo con ejercicios principalmente pasivos, el paciente llegará a encontrarse encamado, ya que en las últimas fases pierden la capacidad de la marcha y de mantenerse en bipedestación.

Es difícil realizar un protocolo de tratamiento estándar porque se aprecian muchas variaciones entre los pacientes, pero sí podemos establecer unas bases un poco genéricas para cada etapa.

6 Bibliografía

1. Federación española de Parkinson. ¿Qué es el Parkinson? [Internet]. Federación española de Parkinson. [Consultado 10 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/>.
2. Terry Ellis, Lynn Rochester. Mobilizing Parkinson's Disease: The Future of Exercise. *J Parkinsons Dis*. 2018; 8:95-100.
3. Verónica Lara Serrano. Tratamiento fisioterápico en pacientes con Parkinson [Internet]. Efisioterapia. [Consultado 10 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-fisioterapico-pacientes-parkinson>.
4. Hao Feng, Cuiyun Li, Jiayu Liu, Liang Wang, Jing Ma, Guanglei Li, Lu Gan, Xiaoying Shang, Zhixuan Wu. Virtual Reality Rehabilitation Versus Conventional Physical Therapy for Improving Balance and Gait in Parkinson's Disease Patients: A Randomized Controlled Trial. *Med Sci Monit*. 2019; 25:4186-4192.
5. Berg K, Maki B, Williams JL, Holliday P, Wood-Dauphine S. A Comparison of Clinical and Laboratory Measures of Postural Balance in an Elderly Population. *Arch Phys Med Rehab*. 1992; 73: 1073-83 9.
6. Berg K, Wood-Dauphine S, Williams JL, Maki B. Measuring Balance in the Elderly: Validation of an Instrument. - *Can J Public Health*. 1992; Suppl 2:S7-11. 10.
7. Goetz CG, Poewe W, Rascol O, Sampaio C, Stebbins GT, Counsell C, et al. Movement Disorder Society Task Force on the Hoehn and Yahr Staging Scale: Status and Recommendations. *Mov Disord*. 2004;19(9):1020-8. 11.
8. Prieto Matos J, Alcalde Ibáñez MT, López Manzanares L, Pérez Librero P, Martín Gutiérrez L, Fernández Moriano C. Guía de actuación sobre la enfermedad de Parkinson para profesionales de Medicina de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria. Federación Española de Parkinson, Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia; 2019. 12.
9. Turégano Yedro M, Núñez Villén A, Romero Vigara JC, Cinza Sanjurjo S, Velilla Zancada S, Segura-Fragoso A, et al. Riesgo de caídas y consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años. Estudio PYCAF. *Medicina de familia SEMERGEN*. 2019;45(8): 528-534.

Capítulo 283

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE

LAURA SANTOCILDES SALGADO

1 Introducción

La tendinopatía calcificante se define como el depósito de cristales de calcio en el tendón del manguito rotador, representa una de las causas más frecuentes del dolor de hombro, afectando más a mujeres entre los 50 y 60 años de edad.

Aunque los depósitos de Calcio se sitúan esencialmente en los tendones del manguito, pueden darse, en menor proporción en el tendón del bíceps y excepcionalmente en el rodete glenoideo.

Su origen continúa siendo desconocido, se barajan varias hipótesis como una hipoxia local, factores genéticos.... Lo que parece más o menos claro es que las calcificaciones pueden deberse a un traumatismo previo en el que se produce la rotura de algunas fibras del tendón que, al cicatrizar, originan calcificaciones y a consecuencia del propio proceso degenerativo fisiológico inicialmente, del tendón.

Se suelen localizar preferentemente en la zona subacromial, principalmente en supraespinoso 80%, infraespinoso 15%, y rara vez se asocian a rotura o tendinopatía del manguito.

Existe un porcentaje de casos que son asintomáticos, siendo un hallazgo radiológico por otros estudios. Puede que se deba a que la calcificación no sea del suficiente tamaño y no irrite tejidos circundantes. A veces, sobre una calcificación asintomática, la producción de un traumatismo puede ocasionar una hiperemia que aumente el tamaño del calcio depositado e iniciarse un cuadro doloroso agudo y sintomático. En los casos sintomáticos el dolor es de predominancia nocturna.

Esta patología va a limitar la movilidad del miembro, principalmente la ABD. En los casos más graves puede desencadenarse como complicación una capsulitis adhesiva.

Con frecuencia es una enfermedad autolimitada que cursa en varias fases.

1. En la primera fase o silente, se produce la formación de material cálcico en el interior del tendón y el paciente no tiene molestias.
2. En la segunda fase o de pinzamiento, el depósito cálcico es más voluminoso y ocasiona dolor de baja intensidad en el hombro al mover el brazo. Si el tamaño es considerable, limitará la movilidad, por conflicto de espacio.
3. En la última fase o de reabsorción, se produce salida del material cálcico al exterior del tendón desapareciendo la calcificación, pero provocando con frecuencia un dolor tan intenso que obliga a menudo al paciente a acudir al servicio de urgencias, por afectación de la bursa subacromiodeltoidea. Si el paciente puede soportar el intenso dolor, ésta sería la fase final de resolución o evolución natural de la tendinitis calcificada. En caso contrario puede precisar incluso intervención quirúrgica.

Por tanto, desde el punto de vista histológico, la tendinitis calcificante suele evolucionar, con frecuencia, de una forma cíclica entre una fase calcificante y otra fase de reabsorción del depósito de calcio. Aunque parece ser que la secuencia de estas fases ocurren sin que se produzca lesión histológica de reacción o cicatrización tendinosa. Sí se dará afectación en la fase final, de la bursa suprayacente.

Respecto a la sintomatología y la evolución por fases, sobre un fondo doloroso crónico tipo inflamatorio, con despertar nocturno, se asocian:

1. Una fase de calma, sin que aumente el dolor sobre el de fondo.
2. Una fase de crisis aguda hiperálgica, en esta fase el paciente evitará hacer cualquier movimiento del hombro, además de existir una región de hipersensibilidad máxima e inflamación local y eritema sobre el área.
3. A veces, tras superar la fase anterior hiperálgica, puede resolverse el proceso, o bien, quedar sin dolor hasta que se dé un nuevo brote.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es estudiar el proceso de la tendinopatía calcificante, su etiología, sintomatología y lesiones asociadas, para poder desarrollar un tratamiento de fisioterapia adecuado a este tipo de pacientes, viendo que técnicas son más efectivas y obtienen mejores resultados. De esta manera retrasar o evitar los tratamientos quirúrgicos invasivos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, PEDro, Scopus, Scielo, ScienceDirect y Google académico y los artículos encontrados sobre la tendinopatía calcificante se someten a una serie de criterios de inclusión y exclusión.

4 Resultados

En primer lugar, para la realización de un adecuado tratamiento, se debe hacer una anamnesis exhaustiva al paciente, para descartar otras posibles patologías de hombro doloroso. Los síntomas principales sobre los que debemos examinar al paciente serán, el dolor, rigidez, pérdida de movimiento, inestabilidad, bloqueos, claudicación e inflamación.

Podemos utilizar la escala EVA para ver el grado de dolor del paciente, el test de Apley superior e inferior para ver la movilidad del hombro afecto, realizaremos pruebas de provocación para el manguito de los rotadores y el síndrome subacromial, así como de inestabilidad del hombro.

En la exploración clínica, destacará habitualmente un cuadro clínico que se corresponderá con el de un pinzamiento anterosuperior clásico o Impingement, con posible limitación en elevación anterior y en rotación externa.

Para diagnosticar la tendinopatía calcificante debemos observar, aparte de un posible síndrome de pinzamiento, dolor muy intenso de causa no traumática y de características inflamatorias, junto a la presencia de un depósito de calcio, que se identifica fácilmente en radiografías simples de hombro.

A veces, debido al intenso dolor, el paciente no se deja explorar, por lo que nos será difícil evaluar el rango de movilidad y de fuerza. Por este motivo, en las denominadas fases agudas hiperalgésicas, no se recomienda hacer una exploración sistemática del hombro.

Según los estudios obtenidos, se observa que para el tratamiento del dolor, lo más recomendado es:

- En crisis aguda hiperálgica destaca la importancia de la disminución del dolor usando tratamiento farmacológico, analgésico inmediato y rápidamente progresivo según la intensidad del dolor como AINES o infiltraciones con anestésicos locales.
- Importancia de la Crioterapia en fases agudas
- No realizar tratamiento de Fisioterapia en fase de crisis dolorosa aguda, sí tras

ella, sobre todo para evitar desarrollo de hombro congelado

- En fases crónicas uso de medios físicos: onda corta, microondas, ultrasonidos... sin demostrar superioridad ninguno en los estudios

Para el tratamiento de la movilidad, podemos comenzar por un tratamiento de amplitudes pasivas, que en fases agudas consistirá en un tratamiento del dolor antes que la movilidad, aunque se deberá también evitar rigidez de hombro secundaria y en fase crónica el objetivo es prevenir capsulitis adhesiva mediante un tratamiento muy prudente para no crear crisis dolorosas

Posteriormente, se comienza con el tratamiento activo de hombro, que se centra en ejercicios de recentrado de la cabeza humeral:

- Fortalecimiento de los fijadores de la escapula.
- Trabajo de los depresores: dorsal ancho por ejemplo en SDT.
- Trabajo de los rotadores externos en contracción estática y excéntrica.
- Potenciación del deltoides, especialmente en excéntrico.

5 Discusión-Conclusión

Tras estudiar diversos artículos, podemos observar que los tratamientos convencionales de fisioterapia como electroterapia analgésica, ejercicio terapéutico, FNP, control postural, estiramientos, ejercicios de estabilidad y propiocepción obtienen buenos resultados. Destaca el tratamiento con ondas de choque que ha obtenido muy buenos resultados, aunque aún no se sabe a ciencia cierta el número de sesiones que se tienen que dar para comenzar a obtener resultados. También se han visto estudios sobre la eficacia de la iontoforesis con ácido acético al 5 % más ultrasonido, es una técnica segura, sencilla, barata, capaz de disminuir el dolor y la calcificación, y recuperar la movilidad de hombro.

Muchos estudios optan por la artroscopia de hombro de manera temprana, produciendo más riesgo que la fisioterapia y una recuperación mucho más duradera, por esta razón creemos que se debe seguir investigando sobre la eficacia de las técnicas de fisioterapia para poder, en la medida de lo posible, retrasar o evitar las técnicas quirúrgicas invasivas.

6 Bibliografía

- Bosworth B.M. (1941). Calcium deposits in the shoulder and subacromial bursitis. A survey of 12.122 shoulders. JAMA; 24; 77-82.

- Cacchio A., Paoloni M., Barile A., Don R., de Paulis F., Calvisi V..... Spacca G. (2006). Effectiveness of Radial Shock-Wave Therapy for Calcific Tendinitis of the Shoulder: Single-Blind, Randomized Clinical Study. *Phys. Ther.* 86: 672- 682.
- Cosentino R., De Stefano R. y Selvi E. (2003). Extracorporeal shock wave therapy for chronic calcific tendinitis of the shoulder: single blind study. *Ann Rheum Dis*; 62: 248-50.
- Daeke W., Kusnierczak D. y Loew M. (2002). Long-term effects of extracorporeal shock wave therapy in chronic calcific tendinitis of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg*; 11: 476-480.
- Gartner J., y Simons B. (1990). Analysis of calcific deposits in calcifying tendinitis. *Clin Orthop Relat Res*; 254: 111-120. Gerdesmeyer L., Wagenpfeil S. y Haake M. (2003).
- Extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic calcifying tendinitis of the rotator cuff: a randomized controlled trial. *JAMA*; 290: 2573-80
- Harvie P., Pollard P.C. y Carr A.J. (2007). Calcific tendinitis: natural history and association with endocrine disorders. *J Shoulder Elbow Surgery*; 16(2), 169-73.
- Hernández Díaz A, Méndez G, Orellana Molina A, Martín Gil JL, Berty Tejada J. Láser de baja potencia en el tratamiento de las calcificaciones de hombro. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2009;16(4):230-8.
- Ioppolo F., Tattoli M., Di Sante L., Attanasi C., Venditto T.... Santili V. (2012). Extracorporeal Shock-wave Therapy for Supraspinatus Calcifying Tendinitis; A Randomised Clinical Trial Comparing Two Different Energy Levels. *Phys. Ther.* 92: 1376-1385. 38
- Jiménez-Martín A., Santos-Yubero F.J., Zurera-Carmona M., Najarro-Cid F.J., Chaqués-Asensi F.J. y Pérez-Hidalgo S. (2012). Tratamiento de la tendinitis calcificante del hombro mediante artroscopia. *Trauma Fund. MAPFRE*: 23 (supl 1): 32-38.
- Loew M., Daecke D. y Kusnierczak D. (1999). Shock-wave therapy is effective for chronic calcifying tendinitis of the shoulder. *J Bone J Surg*; 81:863- 867.
- Llorente JG, Aguirregoikoa EG, Vivar MG, Albizuri JA. Protocolo diagnóstico del hombro doloroso crónico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2009;10(33):2222-5.
- Oliva F., Via A.G. y Maffulli N. (2011). Calcific tendinopathy of the rotator cuff tendons. *Sports Med Arthroscopy*; 19: 237-43
- Rioja-Toro J, Romo-Monje M, Cantalapiedra-Fuentes E, Gonzalez-Rebollo AY, Blázquez-Sanchez E. Tratamiento de la tendinitis calcificante del hombro mediante iontoforesis con ácido acético y ultrasonidos. *Rehabilitación (Madr)*. 2001;35(3):166-70.

- Uhthoff HK, Dervin GF, Loehr JF. Tendinitis calcificante. The shoulder, 3rd ed. Rockwood C Jr, Matsen FA III, Wirt MA, Lippitt SB, Tomo II. Madrid: Marban; 2006. p. 1033-57.

Capítulo 284

LA FISIOTERAPIA DURANTE EL CÓLICO DEL LACTANTE

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

1 Introducción

El cólico del lactante comprende un episodio de llanto incontrolable, que puede aparecer durante generalmente los 3 primeros meses de vida.

Estos episodios pueden durar varias horas al día y para que se considere como tal debe suceder al menos durante más de 3 días en una semana.

Las causas pueden ser variadas: intolerancias, problemas gastro-intestinales, gases, digestión incompleta o muy rápida de los alimentos, reflujo gástrico, estreñimiento, migrañas, etc.

Esta situación puede ser desesperante para los padres y también puede repercutir en el estado de salud del niño si los episodios se suceden de forma continua.

Suele afectar a 2 de cada 10 niños y es importante acudir al pediatra para descartar otras posibles patologías.

El tratamiento de los cólicos del lactante comprende varias actuaciones, como probar algunas fórmulas lácteas que no contengan lactosa, con proteínas de soja, cambiar a la leche materna (todas las anteriores para evitar alérgenos que pudieran estar en las fórmulas lácteas), algunos fármacos como la dicalomina, probióticos, cambios posturales, fisioterapia, no alimentar al bebé si no tiene hambre, facilitar la expulsión de gases etc.

Generalmente estos episodios suelen aparecer por la noche y hacen que los padres tampoco descansen de forma adecuada, causando falta de sueño, cansancio y estrés en los progenitores.

2 Objetivos

Dar a conocer algunas actuaciones como fisioterapeutas, que se pueden llevar a cabo sobre el lactante con cólicos para aliviar el llanto, facilitando una mejor adaptación tanto al lactante como a sus padres a las tomas y un mejor descanso.

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

Antes de todo es importante realizar un estudio o anamnesis acerca de cómo son estos episodios y de las posibles causas que pudieran provocarlos: el tipo de alimentación, duración y frecuencia de las tomas, duración de los episodios, si usa chupete, como y donde duerme, etc. así como que el pediatra haga una exploración completa para descartar otras patologías y así que la actuación fisioterapéutica esté indicada y pueda resultar útil para el bebé.

En sí estos episodios no tienen por qué tener una repercusión maligna en la salud del bebé pero producen alteraciones en el entorno del niño, los horarios y el desarrollo del día a día de las familias.

Generalmente el llanto del bebé tiene un inicio de forma repentina y suele finalizar cuando este ya está cansado de llorar. Se muestra agitado, con el abdomen hinchado, colorado, incómodo, con las manos cerradas y las piernas flexionadas. En este caso vamos a centrarnos en cómo podemos aliviar estos cólicos a través de la fisioterapia.

Para que el recién nacido lactante se encuentre mejor el fisioterapeuta dará unas pautas a sus padres acerca de técnicas y manipulaciones indoloras y manuales que estos pueden realizar en su casa, entre las que recogemos:

- Realizar algunas presiones de forma suave sobre el abdomen, en forma de U invertida siguiendo la dirección de las agujas del reloj.
- Realizar masajes abdominales para facilitar la expulsión de gases, de forma suave y lenta, realizando movimientos en sentido de las agujas del reloj.

- Realizar flexiones de rodillas y caderas en el bebé, con movimientos de flexión y extensión suaves.
- Durante los episodios de llanto podemos aplicar algunas posiciones que pueden aliviar al lactante: sostenerlo en decúbito prono en nuestros brazos, en decúbito lateral y apoyar su cabeza en nuestro hombro.

Es importante también que instemos a los padres a mantener la calma durante los episodios, ya que si ellos se ponen nerviosos también transmitirán esa ansiedad y/o agitación al recién nacido, no haciendo más que prolongar y empeorar los episodios. Por ello es también importante enseñarles técnicas y ejercicios de relajación que puedan emplear en estos casos.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto el cólico del lactante puede llegar a ser una situación de elevada frustración para las familias, ya que en muchas ocasiones no tiene una causa específica y algunos tratamientos no alivian estos episodios. Aunque la fisioterapia en este caso puede aliviar ciertamente algunos episodios no debemos de olvidar la importancia de un correcto diagnóstico por parte de los profesionales pediatras.

Como hemos visto las técnicas fisioterapéuticas se basan en movilizaciones manuales en la zona del abdomen que podemos desarrollar de forma diaria y que pueden ser realizadas por los padres, así como posiciones corporales y cambios posturales sobre el lactante.

6 Bibliografía

- 1- fisioterapia en el cólico del lactante - <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/fisioterapia-en-el-colico-del-lactante?amp>
- 2- éxito tratamientos colico del lactante - <https://www.barrenacraus.com/tratamientos/colicos-del-lactante-fisioterapia/>
- 3- cólico de lactante en fisioterapia- <https://www.impulsafisioterapia.com/colicodel-lactante-en-fisioterapia/>
- 4- fisioterapia para cólico de lactante - <https://atempocare.com/colico-lactantefisioterapia/>
- 5- colocó del lactante fisioterapia y osteopatía - <https://fisiolution.com/servicios/embarazo/colico-en-el-lactante-fisioterapia-y-osteopatía/>

Capítulo 285

FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PARKINSON

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

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...

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

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

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 encontrar:

- 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...
- 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 solo 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- fisioterapia neurológica - <https://www.fisioterapianeurologica.es/patologias/parkinson/>
- 2- fisioterapia párkinson- <https://www.parkinsonmadrid.org/parkinson-ycoronavirus/programa-semanal-de-fisioterapia/>
- 3- fisioterapia y el párkinson- <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/fisioterapia-y-el-parkinson-objetivos-y-metodos-de-tratamiento?amp>
- 4- párkinson y fisioterapia - <https://conoceelparkinson.org/tratamiento/>

parkinson-fisioterapia-tratamiento/

5- párkinson ejercicios - [https://www.google.com/aclk?sa=l&ai=](https://www.google.com/aclk?sa=l&ai=DChcSEwjJl43C88D_AhW8kWgJHaF5Dq8YABABGgJ3Zg&ae=2&sig=AOD64_3lrbyfNI6ryD2z_uHKZOEaiVXj6w&q&adurl&ved=2ahUKEwj2k4bC88D_AhUIUaQEHS0-D044ChDRDHoECAAQAQ)

DChcSEwjJl43C88D_AhW8kWgJHaF5Dq8YABABGgJ3Zg&ae=2&sig=AOD64_

3lrbyfNI6ryD2z_uHKZOEaiVXj6w&q&adurl&ved=2ahUKEwj2k4bC88D_

AhUIUaQEHS0-D044ChDRDHoECAAQAQ

6- tratamiento fisioterapeutico en la enfermedad del párkinson -

[https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-escalas-](https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-escalas-valoraciontratamiento-fisioterapico-enfermedad-13064997)

valoraciontratamiento-fisioterapico-enfermedad-13064997

Capítulo 286

EL FISIOTERAPEUTA Y LAS PRECAUCIONES EN EL DRENAJE LINFÁTICO MANUAL

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

1 Introducción

El sistema linfático engloba una serie de órganos, ganglios linfáticos, conductos y vasos linfáticos que se encargan de transportar una sustancia llamada linfa desde todos los tejidos hacia el torrente sanguíneo.

El sistema linfático está formado por la linfa, los ganglios linfáticos y los vasos linfáticos.

La linfa es un líquido entre incoloro y blanco que contiene glóbulos blancos, sobre todo linfocitos y un líquido llamado quilo que tiene como origen los intestinos y que contiene grasas y proteínas.

Los ganglios linfáticos almacenan por tanto sobre todo células del sistema inmunitario, que intervienen en el combate ante infecciones y otros procesos en el organismo. Estos ganglios suelen estar localizados en zonas como las axilas, el cuello, la ingle, abdomen, tórax... en forma de racimo.

En los ganglios linfáticos se produce el filtrado del líquido linfático, donde se eliminan sustancias, bacterias o células cancerígenas.

Dentro del sistema linfático se encuentran algunos órganos como: el bazo, el timo, las adenoides, la médula ósea y las amígdalas.

Cuando el sistema linfático no funciona de forma adecuada, el líquido se acumula en los tejidos causando una hinchazón denominada linfedema.

Para diagnosticar el problema se pueden realizar varias actuaciones: biopsia de ganglios linfáticos para su posterior análisis, conteo de células T y gammagrafías de los ganglios linfáticos.

2 Objetivos

Dar a conocer algunas cosas que debemos de tener en cuenta al realizar el drenaje linfático manual o masoterapia, para así no producir daños o riesgos al paciente, como profesionales de fisioterapia.

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 drenaje linfático manual consiste en una técnica de masoterapia, donde se aplican masajes suaves en las zonas donde existe mayor retención de líquido con la intención de drenarlo o conducirlo, mejorando la circulación en la zona.

Con el masaje se ayuda a una mejor contracción de los vasos linfáticos, de forma que se arrastren los líquidos del edema hacia el sistema circulatorio.

Este masaje no suele durar menos de una hora y se debe realizar de forma suave, lenta y progresiva en la dirección de los vasos linfáticos.

Existen algunos síntomas o señales de alarma que como fisioterapeutas debemos conocer para interrumpir el tratamiento y que no produzcamos sobre el paciente un daño mayor al actual, entre los que cabe destacar:

- Sospecha de metástasis
- Dolor agudo e incesante
- Piel dañada tras algún tratamiento o radioterapia
- Insuficiencia cardíaca
- Dificultad respiratoria grave
- Patologías vasculares

- Esclerosis
- Úlceras linfáticas
- Sensación de quemazón
- Cambios bruscos en la integridad de la piel
- Aparición de hematomas
- Fibrosis
- Hiperqueratosis
- Hemorragias
- Mareo
- Dolor en el pecho
- Salida de líquido al exterior
- Heridas en la zona

Ante cualquiera de los casos anteriormente mencionados lo recomendable es parar la sesión y estudiar el caso concreto, viendo si está recomendado seguir con la aplicación de las siguientes sesiones por parte de un especialista.

El drenaje linfático puede realizarse también mediante presoterapia, una técnica mediante la cual el paciente se pone unas mangas o “botas” en el cuerpo que conectados a un dispositivo se van hinchando y deshinchando de forma alternativa ejerciendo cambios de presión.

El drenaje siempre se debe realizar previamente antes del vendaje del paciente, es recomendando que el individuo lleve ropa cómoda a la sesión, así como también que el paciente vaya a orinar antes de comenzar (ya que el masaje puede activar el reflejo urinario).

5 Discusión-Conclusión

Los resultados que puede ofrecer esta terapia para ayudar a la disminución de los edemas y retención de líquidos dependen no solo del estado del individuo, sino también de la continuidad en las sesiones y de la implicación también del profesional.

Por ello es importante que el fisioterapeuta tenga una adecuada formación. En el caso de que encontremos alguna de las situaciones anteriormente descritas, debemos de ponernos en alerta e interrumpir la sesión, derivando al paciente a un especialista o a urgencias para valorar la situación, adaptando otro tratamiento o recomendación en caso de que el drenaje no sea lo más indicado.

6 Bibliografía

- 1- drenaje linfático manual - <https://cuidateplus.marca.com/belleza-y-piel/diccionario/drenaje-linfatico.html?amp>
- 2- drenaje linfático manual - <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/tecnica-de-drenaje-linfatico-manual?amp>
- 3- beneficios del drenaje linfático - <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estetica/tratamientos-y-aparatologia/drenajelinfatico.html>
- 4- drenaje linfático manual- <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10905/CC%2051%20art%206.pdf?sequence>
- 5- drenaje linfático manual - <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/drenaje-linfatico>

Capítulo 287

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO

RUBÉN HERNÁNDEZ DE PAZ

1 Introducción

El síndrome coronario agudo Se define como el desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del corazón. El corazón necesita oxígeno para funcionar, que le llega a través de las arterias coronarias. A mayor demanda más flujo sanguíneo se necesita, en caso de que exista menos flujo se produce una isquemia.

El síndrome coronario agudo (SCA) comprende un conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmo en el momento de la rotura.

Principales factores de riesgo:

- Edad: la prevalencia aumenta con la edad a partir de los 45 años.
- Sexo: es más frecuente en hombres, aunque a partir de los 65 es igual en ambos sexos (por la menopausia).
- Hipertensión (HTA) : factor de riesgo más frecuente.
- Dislipemia: sobre todo del LDL>150, y disminución del HDL<40. (el LDL debe estar por debajo de 100 y el HDL por encima de 60 en condiciones normales)
- Diabetes.
- Obesidad.
- Niveles elevados de homocisteína.
- Tabaco-

- Antecedentes de cardiopatía isquémica.
- Estrés.

Entendemos por síndrome metabólico a la asociación de obesidad, aumento de colesterol, hipertensión y diabetes.

Podemos clasificar los pacientes afectados de SCA en dos grupos: con elevación del segmento ST (oclusión coronaria aguda total, es decir, infarto agudo de miocardio) y sin elevación del segmento ST (oclusión parcial, es decir, angina de pecho). En todo caso, la clínica es muy similar y fundamentalmente se expresa en forma de dolor torácico.

A continuación, en el presente trabajo, desarrollaremos los principios generales de la programación de rehabilitación cardíaca que desde la Fisioterapia se deben tener en cuenta.

2 Objetivos

Conocer y ampliar información acerca de los principios que rigen la rehabilitación cardíaca con el objetivo principal de mejorar la práctica clínica de los fisioterapeutas y por ende, la calidad de vida de los pacientes cardíacos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación basada fundamentalmente en revistas, monográficos y sociedades referentes en el ámbito a tratar que reportamos en la bibliografía. Como complemento, se hizo acopio de varios artículos a colación de la temática desarrollada.

4 Resultados

Programa de rehabilitación cardíaca: Este programa de rehabilitación cardíaca irá dirigida tanto a pacientes diagnosticados de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) como a otros grupos de pacientes.

Indicaciones:

1. Cardiopatías:

- Isquémicas
- Trasplante cardíaco
- Valvulopatías operadas
- Cardiopatías congénitas operadas.

- Insuficiencia cardíaca
- Marcapasos implantados

2. Hipertensión arterial.

3. Pacientes de edad avanzada que inicien actividades deportivas o con factores de riesgo.

4. Astenia neurocirculatoria.

El entrenamiento físico en cardiopatas disminuye la cantidad de catecolaminas en reposo y durante el ejercicio.

Contraindicaciones absolutas:

- Aneurisma disecante de aorta.
- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva grave.
- Hipertensión pulmonar moderada-severa.
- Embolismo reciente, sistémico o pulmonar.

Contraindicaciones temporales (se incluirán en los programas una vez superado el proceso):

- Angina inestable.
- Patologías descompensadas: diabetes, insuficiencia cardíaca, HTA grave.
- Infecciones agudas: pericarditis, tromboflebitis, bronconeumopatías....
- Arritmia supraventricular importante no controlada.

Estos Programas de Rehabilitación Cardíaca se basan en el entrenamiento físico dinámico o aeróbico.

Objetivos según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Conseguir en menor deterioro físico y psíquico posible.
- Aumentar la capacidad física y movilidad del paciente.
- Mejorar la calidad de vida.
- Favorecer la reincorporación laboral y social.
- Conocer su enfermedad y controlar los factores de riesgo.
- Aprender a seguir un entrenamiento físico.

Premisas:

- Educar al paciente y a la familia sobre la enfermedad. Enseñar los factores de riesgo cardiovasculares.
- Desarrollar un programa de ejercicio adaptado a las necesidades del paciente.
- Aprender a reconocer los síntomas de alarma: dolor precordial, dificultad respiratoria, mareos, etc...
- En fisioterapia realizaremos:

Enseñanza de la respiración diafragmática.

Movilización de los miembros.

Programa de ejercicios:

* Tipo de ejercicio: aeróbico con ejercicios de estiramientos y potenciación suave y progresiva.

* Intensidad: la marcará la prueba de esfuerzo. Se recomienda una FC no inferior al 75% de la FCM alcanzada en la prueba de esfuerzo.

* Todas las sesiones incluirán: calentamiento (10min), ejercicio aeróbico y periodo de recuperación (estiramientos, relajación y ejercicios respiratorios).

5 Discusión-Conclusión

El Programa de Rehabilitación Cardíaca está diseñado para pacientes diagnosticados con enfermedades cardíacas, como cardiopatías isquémicas, trasplante cardíaco, valvulopatías operadas, cardiopatías congénitas operadas, insuficiencia cardíaca y marcapasos implantados. También se dirige a pacientes con hipertensión arterial, personas de edad avanzada que comienzan actividades deportivas o tienen factores de riesgo y aquellos con astenia neurocirculatoria.

El programa se basa en el entrenamiento físico dinámico o aeróbico y tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, aumentar su capacidad física y movilidad, y controlar los factores de riesgo cardiovasculares. Además, se enfoca en educar al paciente y a su familia sobre la enfermedad, desarrollar un programa de ejercicio adaptado a sus necesidades y enseñarles a reconocer los síntomas de alarma.

6 Bibliografía

- Tromboangeitis obliterante. G. Espinosa, A. Llambrich y M. Ingelmo Medicina Integral, Vol. 37, Núm. 4, Febrero 2001.
- Síndrome coronario agudo M. Teresa Vidán Astiz. Tratado de geriatría para residentes.
- Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria. Dr. Eduardo Carrasco Carrasco y Dr. Santiago Díaz Sánchez. SEMERGEN Y SEMFYC
- Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008). Rev Esp Cardiol. 2008;61(12):1329.e1-1329.e70
- Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Francisco J. Serrano Hernando y Antonio Martín Conejero. Rev Esp Cardiol. 2007;60(9):969-82

- Anatomía del corazón. Dra. Paloma Aragoncillo Ballesteros. libro de la salud cardiovascular

Capítulo 288

TÉCNICAS DE DRENAJE DE SECRECIONES Y VENTILATORIAS EN EL PACIENTE CON COVID-19

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

GLORIA OTERO CORTIJO

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

1 Introducción

El manejo de las secreciones y la ventilación en pacientes con COVID-19 es crucial para garantizar una atención de calidad. Las técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias son fundamentales en estos casos.

En primer lugar, el drenaje de secreciones se realiza para eliminar el exceso de moco y flemas que pueden acumularse en las vías respiratorias del paciente. Esto se logra mediante la movilización de las secreciones hacia las vías respiratorias principales, donde pueden ser eliminadas de manera más efectiva. Esto se realiza con técnicas como la fisioterapia respiratoria, la percusión y la vibración torácica.

En cuanto a la ventilación, en pacientes con COVID-19 grave, puede ser necesario el uso de ventilación mecánica para asegurar una oxigenación adecuada. Las técnicas de ventilación incluyen la administración de oxígeno en concentraciones controladas y el ajuste de la presión positiva en las vías respiratorias para

mantener los pulmones abiertos. Además, es importante realizar maniobras de reclutamiento alveolar para prevenir el colapso de los alvéolos.

Es esencial que estas técnicas sean realizadas por profesionales de la salud capacitados y bajo supervisión constante, ya que el manejo incorrecto puede tener consecuencias graves. La monitorización continua de la saturación de oxígeno y otros parámetros respiratorios es clave para garantizar la seguridad del paciente.

Las técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias desempeñan un papel crucial en el tratamiento de pacientes con COVID-19, contribuyendo a mantener una adecuada función respiratoria y facilitando la recuperación. Sin embargo, deben ser aplicadas por personal médico y de enfermería con experiencia para garantizar su eficacia y seguridad.

2 Objetivos

- Describir las funciones del fisioterapeuta en varias áreas del servicio de especializada hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el manejo de las técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias en pacientes con COVID-19. Su enfoque principal es mejorar la función respiratoria y facilitar la recuperación del paciente. A continuación, se describen sus funciones en detalle:

Evaluación inicial: El fisioterapeuta realiza una evaluación exhaustiva del paciente para determinar su capacidad respiratoria y la presencia de secreciones en las vías respiratorias. Esto incluye la medición de la saturación de oxígeno, la

auscultación pulmonar y la observación de la frecuencia respiratoria. Esta evaluación ayuda a establecer un plan de tratamiento personalizado.

Planificación del tratamiento: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta desarrolla un plan de tratamiento específico para cada paciente. Esto puede incluir la aplicación de técnicas de drenaje, de secreciones y ventilatorias adecuadas a la situación clínica del paciente.

Técnicas de drenaje de secreciones: El fisioterapeuta utiliza técnicas como la fisioterapia respiratoria, la percusión y la vibración torácica para movilizar las secreciones acumuladas en las vías respiratorias. Estas técnicas ayudan a que las secreciones sean más fáciles de eliminar y evitan la obstrucción de las vías respiratorias.

Ventilación mecánica: En casos graves de COVID-19, donde la ventilación mecánica es necesaria, el fisioterapeuta colabora con el equipo médico para ajustar los parámetros del ventilador y garantizar una oxigenación adecuada. También se encarga de realizar maniobras de reclutamiento alveolar para mantener los alvéolos pulmonares abiertos y mejorar la ventilación.

Educación al paciente: El fisioterapeuta educa al paciente y a sus familiares sobre la importancia de seguir las pautas de tratamiento en casa, como ejercicios de respiración y movilización, para mantener una buena función pulmonar durante y después de la hospitalización.

Prevención de complicaciones: El fisioterapeuta trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para prevenir complicaciones como la neumonía asociada a la ventilación mecánica y la atelectasia. Esto se logra mediante la aplicación de las técnicas adecuadas y la monitorización constante del paciente.

Adaptación del tratamiento: A medida que el paciente avanza en su recuperación, el fisioterapeuta ajusta el plan de tratamiento para garantizar que se cumplan los objetivos de rehabilitación y se alcance una función pulmonar óptima.

El fisioterapeuta desempeña un papel esencial en el manejo de las técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias en pacientes con COVID-19. Su experiencia contribuye significativamente a mejorar la función respiratoria de los pacientes, reducir el riesgo de complicaciones y promover una recuperación exitosa.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta desempeña un papel crucial en el manejo de las técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias en pacientes con COVID-19. Mi recomendación principal es la siguiente:

En primer lugar, la prevención es clave. Eduque a los pacientes y sus familias sobre la importancia de realizar ejercicios de respiración profunda y movilización temprana. Estos simples ejercicios pueden ayudar a prevenir la acumulación de secreciones y mejorar la función pulmonar.

En segundo lugar, la comunicación y la colaboración interdisciplinaria son esenciales. Trabaje en estrecha coordinación con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para adaptar el tratamiento según las necesidades individuales de cada paciente. Mantenga una comunicación constante sobre los cambios en la función respiratoria y ajuste el plan de tratamiento en consecuencia.

La prevención y la colaboración son fundamentales para el manejo exitoso de las técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias en pacientes con COVID-19. Trabaje en equipo y empodere a los pacientes en su autocuidado para lograr una recuperación óptima.

6 Bibliografía

1. Martínez Camacho, M. Á., Jones Baro, R. A., & Gómez González, A. (2020). El fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos¿ un profesional necesario?. *Acta médica Grupo Ángeles*, 18(1), 104-105.

Capítulo 289

LA IMPORTANCIA DE LOS MÁXIMOS DESPLAZAMIENTOS DIAFRAGMÁTICOS EN DISTINTAS POSICIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

GLORIA OTERO CORTIJO

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

1 Introducción

Los máximos desplazamientos diafragmáticos en distintas posiciones son de vital importancia en el tratamiento del paciente con patología respiratoria. Estos desplazamientos permiten una expansión pulmonar más efectiva y una mejor movilización de las secreciones, lo que contribuye significativamente a la mejora de la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes.

En primer lugar, en la posición supina (acostado boca arriba), el diafragma puede realizar su máximo desplazamiento hacia abajo. Esto facilita la expansión de los

lóbulos pulmonares inferiores, áreas que a menudo están menos ventiladas en pacientes con patologías respiratorias. Además, en esta posición, la gravedad ayuda a drenar las secreciones de los pulmones, lo que es beneficioso para aquellos que tienen dificultades para expectorar.

Por otro lado, la posición de Fowler (sentado con el tronco erguido) también puede ser beneficiosa. En esta posición, el diafragma sigue teniendo un buen desplazamiento hacia abajo, pero el paciente tiene un mayor control sobre su postura, lo que puede facilitar la tos y la eliminación de secreciones.

En conclusión, la optimización de los desplazamientos diafragmáticos en diferentes posiciones es esencial en el tratamiento de pacientes con patología respiratoria. Los fisioterapeutas trabajan en colaboración con los pacientes para enseñarles cómo utilizar estas posiciones de manera efectiva y mejorar así su capacidad respiratoria y su calidad de vida.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de los máximos desplazamientos diafragmáticos en distintas posiciones en el tratamiento de los pacientes con patología respiratoria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el tratamiento del paciente con patología respiratoria, particularmente en lo que respecta a la optimización de los desplazamientos diafragmáticos en diferentes posiciones. Su enfoque es multifacético y orientado a mejorar la función respiratoria y la calidad de vida del paciente. Aquí se describen algunas de las funciones clave del fisioterapeuta en este contexto:

Evaluación exhaustiva: El fisioterapeuta comienza con una evaluación completa del paciente, incluyendo una historia clínica detallada y una evaluación física. Esto ayuda a identificar la patología respiratoria específica, las limitaciones en la función pulmonar y los desafíos respiratorios del paciente.

Diseño de programas de ejercicios personalizados: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta elabora un programa de ejercicios específicos para el paciente. Esto puede incluir ejercicios de fortalecimiento muscular, técnicas de respiración y, en este caso, ejercicios destinados a mejorar los desplazamientos diafragmáticos en diversas posiciones.

Educación del paciente: El fisioterapeuta educa al paciente sobre la importancia de las posiciones adecuadas y los desplazamientos diafragmáticos en el proceso de rehabilitación. Esto ayuda al paciente a comprender la relevancia de seguir el programa de ejercicios en casa.

Terapia manual: El fisioterapeuta puede emplear técnicas de terapia manual para movilizar y liberar la musculatura respiratoria, como los músculos intercostales y el diafragma. Esto ayuda a mejorar la expansión pulmonar y la movilización de las secreciones.

Técnicas de drenaje postural: El fisioterapeuta enseña al paciente cómo utilizar posiciones específicas, como la posición de Trendelenburg o la posición de decúbito lateral, para facilitar el drenaje de secreciones de los pulmones. Estas posiciones promueven la eliminación de moco y otras secreciones, lo que alivia la dificultad para respirar.

Monitoreo y ajustes: A lo largo del tratamiento, el fisioterapeuta sigue de cerca el progreso del paciente y realiza ajustes en el programa de ejercicios según sea necesario. También brinda apoyo emocional y motivacional para mantener la adherencia al tratamiento.

El fisioterapeuta juega un rol integral en el tratamiento de pacientes con patología respiratoria al enfocarse en optimizar los desplazamientos diafragmáticos en diferentes posiciones. Su labor incluye evaluación, diseño de programas personalizados, educación, terapia manual, técnicas de drenaje postural y seguimiento continuo. A través de esta atención integral, el fisioterapeuta busca mejorar la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes con afecciones pulmonares.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del fisioterapeuta respecto a la importancia de maximizar los desplazamientos diafragmáticos para pacientes con patologías respiratorias se centra en la participación activa del paciente en su propia recuperación. En primer lugar, es fundamental que el paciente comprenda la relevancia de estos desplazamientos y cómo pueden mejorar su función respiratoria. Se debe enfatizar la necesidad de seguir el programa de ejercicios personalizado y practicar las posiciones específicas proporcionadas, incluso en casa.

Además, el fisioterapeuta aconseja la constancia y la paciencia. La recuperación de la función pulmonar puede ser un proceso gradual, y es importante que el paciente se comprometa a seguir las indicaciones de manera consistente. La comunicación abierta con el fisioterapeuta es esencial; cualquier duda o dificultad debe ser discutida para garantizar que el tratamiento sea efectivo.

La recomendación del fisioterapeuta para los pacientes con patologías respiratorias es que se involucren activamente en su recuperación, comprendan la importancia de los desplazamientos diafragmáticos y sigan las indicaciones de manera constante y comunicativa. Esta colaboración paciente-fisioterapeuta es esencial para lograr mejoras significativas en la función respiratoria y la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Martínez Camacho, M. Á., Jones Baro, R. A., & Gómez González, A. (2020). El fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos¿ un profesional necesario?. *Acta médica Grupo Ángeles*, 18(1), 104-105.

Capítulo 290

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES QUE SUFREN NEUMONÍA Y SUS ÚLTIMOS AVANCES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

JUAN PARRA GIL

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

1 Introducción

Las investigaciones médicas han descrito la neumonía adquirida en la comunidad como una infección del tracto respiratorio inferior caracterizada por tos, fiebre, escalofríos, fatiga, disnea y dolor pleurítico, que puede acompañarse de nuevos infiltrados en la radiográfica de tórax (1). La neumonía es la infección más común en todo el mundo y provoca una alta morbilidad y mortalidad, especialmente en personas de 65 años o más y en aquellas enfermedades crónicas (2). Aproximadamente entre el 10 por ciento y el 30 por ciento de los ingresados en el hospital con neumonía requieren ingreso con una unidad de cuidados intensivos (UCI) (3). El 70 por ciento de ellos requieren intubación y ventilación mecánica (4).

Es necesario determinar un protocolo de tratamiento adecuado para la neumonía en pacientes mayores. Debido a los cambios corporales relacionados con la edad, la comorbilidad y la desnutrición, la aparición de la neumonía es insidiosa, rápida, crítica y el tratamiento clínico es difícil en pacientes mayores (5). La fisioterapia

respiratoria puede ayudar a los pacientes a reducir la acumulación de secreciones de las vías respiratorias, limpiar el tracto respiratoria, prevenir el colapso pulmonar, mejorar la distensibilidad pulmonar y reducir comorbilidades (6).

Además, la fisioterapia respiratoria puede mejorar la funcionalidad de los pacientes que sufren o han sufrido neumonía, así como su prevención en fases hospitalarias o pre-cirugías, por lo que es importante analizar los últimos avances de la fisioterapia respiratoria en este tipo de pacientes.

2 Objetivos

Estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica los últimos avances de la fisioterapia respiratoria y sus resultados en pacientes que sufren neumonía.

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 ("amputation" and "treatment" and "physiotherapy"). 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 en pacientes que neumonía. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los diez años de antigüedad.

4 Resultados

En el primer artículo analizado "Chest physiotherapy for pneumonia in adults" los autores llegaron a la siguiente conclusión: la inclusión de dos ensayos nuevos en esta actualización no cambió las conclusiones principales de la revisión original. La evidencia actual es muy incierta acerca del efecto de la fisioterapia torácica sobre la mejora de la mortalidad y la tasa de curación en adultos con neumonía. Algunas fisioterapias pueden acortar ligeramente las estancias hospitalarias, la duración de la fiebre y las estancias en la UCI, así como la ventilación mecánica. Sin embargo, todos estos hallazgos se basan en evidencia de certeza muy baja y necesitan validarse más (7).

En el segundo artículo analizado “Chest physiotherapy for pneumonia in children” se llegó a la conclusión que: no fue posible establecer conclusiones confiables sobre el uso de fisioterapia torácica en niños con neumonía debido al pequeño número de ensayos incluidos con diferentes características de los estudios y presentación estadística de los datos. Los estudios futuros deben considerar los siguientes puntos clave: tamaño de muestra apropiado con poder estadístico adecuado para detectar diferencias esperadas, estandarización de las técnicas de fisioterapia torácica, resultados apropiados (como duración de la leucocitosis y limpieza de las vías respiratorias) y efectos adversos (8).

En el tercer artículo analizado “Effect of Early Mobility as a Physiotherapy Treatment for Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis” se llegó a la conclusión que La movilidad temprana redujo la estancia en adultos hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad, aunque no hubo efecto sobre la mortalidad o la tasa de reingresos hospitalarios. Se necesita más investigación para determinar el efecto de la movilidad temprana en esta población y establecer pautas (9).

En el cuarto artículo analizado: Chest physiotherapy for the prevention of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis se llegó a la conclusión que la fisioterapia respiratoria puede no reducir significativamente la incidencia de la ventilación mecánica ni alterar otros resultados clínicos importantes en pacientes adultos que reciben ventilación mecánica. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela debido a la heterogeneidad y la limitación de los ensayos. Se necesitan más ensayos controlados aleatorios, bien diseñados y a gran escala (10).

En el quinto artículo analizado “Efficacy of Respiratory Physiotherapy Interventions for Intubated and Mechanically Ventilated Adults with Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis” se llegó a la conclusión que la fisioterapia respiratoria que aumenta el volumen corriente puede beneficiar la eliminación de secreciones y la distensibilidad pulmonar en adultos con neumonía ventilados de forma invasiva, pero su impacto en otros resultados, incluida la mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria y otros resultados centrados en el paciente, no está claro y se requiere más investigación (11).

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo con la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica, y analizada los artículos seleccionados

que cumplieran con los criterios de inclusión, se confirma que el tratamiento de fisioterapia respiratoria en pacientes que sufren neumonía puede mejorar y aliviar sintomatología así como mejorar la funcionalidad.

Además, también encontramos que mejora la eliminación de secreciones, la distensibilidad pulmonar, mejora el volumen corriente y disminuye el tiempo de ingreso hospitalario. Sin embargo, sigue siendo una evidencia científica moderada, por lo que es necesario que sigan estudiándose y analizándose estudios que a día de hoy están fases tempranas.

6 Bibliografía

1. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A., et al.; Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas, Sociedad Torácica Estadounidense. Directrices de consenso de la Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas y la Sociedad Torácica Estadounidense sobre el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos . Clin Infect Dis . 2007; 44 (Suplemento 2): S27 – S72. 10.1086/511159. Medline:17278083
2. Gibson J, Loddenkemper R, Sibille Y, et al. Acute lower respiratory infections [Internet]. In: Gibson J, Loddenkemper R, Sibille Y, Lundbäck B, editors. European lung white book. Sheffield (UK): European Respiratory Society; 2018. [cited 2018 Jan 14].
3. Mandell LA, Wunderink R. Pneumonia. In: Loscalzo J, editor. Harrison's pulmonary and critical care medicine. New York: McGraw-Hill Medical; 2010. p. 99–109.
4. Wilson PA, Ferguson J. Severe community acquired pneumonia: an Australian perspective. Intern Med J. 2005;35(12):699–705.
5. Dr C, Pugh L. Lung health in older adults. Age Ageing. (2019) 48:319–22.
6. Belli S, Prince I, Savio G, Paracchini E, Cattaneo D, Bianchi M, et al.. Airway clearance techniques: the right choice for the right patient. Frontiers in medicine. (2021) 8:544826–544826.
7. Chen X, Jiang J, Wang R, Fu H, Lu J, Yang M. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Sep 6;9(9):CD006338.
8. Chaves GS, Freitas DA, Santino TA, Nogueira PAM, Fregonezi GA, Mendonça KM. Chest physiotherapy for pneumonia in children. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 2;1(1):CD010277.
9. Larsen T, Lee A, Brooks D, Michieli S, Robson M, Veens J, Vokes O, Lucy SD. Effect of Early Mobility as a Physiotherapy Treatment for Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Physiother Can. 2019 Winter;71(1):82-89.

10. Wang MY, Pan L, Hu XJ. Chest physiotherapy for the prevention of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis. *Am J Infect Control*. 2019 Jul;47(7):755-760.
11. van der Lee L, Hill AM, Jacques A, Patman S. Efficacy of Respiratory Physiotherapy Interventions for Intubated and Mechanically Ventilated Adults with Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physiother Can*. 2021 Winter;73(1):6-18.

Capítulo 291

LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

JUAN PARRA GIL

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

1 Introducción

La enfermedad pulmonar en la fibrosis quística (FQ) se caracteriza por una mayor producción de moco y una reducción de su eliminación, lo que conduce a un proceso de inflamación, infección, cambios estructurales y una participación potencialmente reducida en las actividades cotidianas y la calidad de vida (1). La limpieza de las vías respiratorias es una parte fundamental del régimen de tratamiento para la fibrosis quística y, la eliminación efectiva de la mucosidad, es esencial para reducir los síntomas y optimizar el tratamiento (2,3).

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva causada por mutaciones del gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), ubicado en el cromosoma 7 (4). El defecto del canal de cloruro causado por estas mutaciones afecta a todas las células epiteliales, alterando el transporte de iones en diversos tejidos y provocando el bloqueo de las glándulas secretoras (5). Aunque la fibrosis quística es una enfermedad multiorgánica, la afectación pulmonar determina la morbilidad y mortalidad de la enfermedad (6).

Las personas con fibrosis quística podrían tener una menor fuerza y masa de los músculos periféricos en comparación con los controles sanos desde la infancia (7,8). Por un lado, la disfunción de los músculos periféricos puede ser una consecuencia secundaria de la enfermedad, causada por el desuso de los músculos responsable del descondicionamiento progresivo (9). El tratamiento de fisioterapia respiratoria en pacientes que sufren de Fibrosis quística puede mejorar la funcionalidad y aliviar sintomatologías.

2 Objetivos

Estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica los últimos avances de la fisioterapia respiratoria y sus resultados en pacientes que sufren fibrosis quística.

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 ("cystic fibrosis" and "treatment" and "physiotherapy"). 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 respiratoria en pacientes que sufran fibrosis quística.

El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen el año de antigüedad.

4 Resultados

En el primer artículo analizado "Airway clearance physiotherapy and health-related quality of life in cystic fibrosis" Realizamos ensayos individuales controlados y aleatorios con seis adultos (ECA N de 1).

Cada ensayo incluyó ocho semanas de tratamiento, dos veces por semana, utilizando inhalación de solución salina en posiciones horizontales, una con técnica de tos específica (SCT) y otra con técnica de espiración forzada (FET), en orden aleatorio. La eficacia se midió mediante el peso húmedo del esputo (g) después de cada sesión. La utilidad y preferencia percibidas fueron autoinformadas al final del estudio. La función pulmonar se evaluó al inicio y al final del estudio. La

CVRS se midió utilizando el Cuestionario de Fibrosis Quística Revisado (CFQ-R) al inicio (semana 1) y al finalizar el estudio (semana 8).

Las puntuaciones individuales de CVRS (0-100) se codificaron y analizaron utilizando el programa de software CFQ-R, versión 2.0. La intervención de limpieza de las vías respiratorias se asoció con cambios clínicamente significativos en los síntomas informados por los pacientes en el CFQ-R en la mayoría de los participantes. Este hallazgo justifica una mayor investigación sobre el tratamiento, la duración y la frecuencia. Un estudio a largo plazo puede revelar efectos beneficiosos sobre otros criterios de valoración clínicamente significativos, como las exacerbaciones pulmonares, las puntuaciones de la tomografía computarizada de alta resolución y la CVRS (9)

En el segundo artículo analizado “Effectiveness of Physical Exercise Interventions on Pulmonary Function and Physical Fitness in Children and Adults with Cystic Fibrosis: A Systematic Review with Meta-Analysis” Los estudios incluidos fueron ensayos controlados aleatorios con intervenciones de ejercicio físico realizados en niños o adultos con fibrosis quística, analizando los efectos sobre la función pulmonar, la capacidad cardiorrespiratoria y la fuerza muscular.

Se incluyeron en el metaanálisis las variables analizadas en al menos cuatro estudios en la misma población (niños o adultos) con la misma prueba de medición. Las intervenciones con ejercicios en niños y adultos con fibrosis quística son efectivas para mejorar la fuerza muscular, la capacidad cardiovascular y la función de los músculos respiratorios. Sin embargo, no consiguen mejoras en la función pulmonar.

Los programas más eficaces son los que utilizan entrenamiento de fuerza o entrenamiento cardiovascular en intervalos de alta intensidad, aunque hasta la fecha ha habido pocas intervenciones de este tipo (11).

En el tercer artículo analizado “Effects of Exercise Training on Peripheral Muscle Strength in Children and Adolescents with Cystic Fibrosis: A Meta-Analysis” diez estudios cumplieron con los criterios de inclusión e involucraron a 359 personas con fibrosis quística. El entrenamiento con ejercicios mejoró la fuerza muscular de las extremidades inferiores y superiores (DME 1,67 (IC del 95%: 0,80 a 2,53), $I^2 = 76\%$, $p < 0,001$ y DME 1,30 (IC del 95%: 0,66 a 1,93), $I^2 = 62\%$, $p < 0,001$, respectivamente).

También se informaron mejoras en la masa muscular y el consumo máximo de oxígeno. Los resultados con respecto a los niveles de actividad física no fueron concluyentes. El riesgo general de sesgo para el resultado primario fue alto. Conclusiones, el entrenamiento físico puede tener un efecto positivo sobre la fuerza

de los músculos periféricos en personas jóvenes con FQ.

La calidad de la evidencia es muy baja y el nivel de certeza es pobre (12).

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo con la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica, y analizados los artículos seleccionados que cumplieran con los criterios de inclusión, se confirma que el tratamiento de fisioterapia respiratoria en pacientes que sufren fibrosis quística puede mejorar la sintomatología y la funcionalidad así como la calidad de vida de los pacientes. Además, el trabajo activo puede mejorar la fuerza. Sin embargo, la evidencia actual de los estudios existentes sigue siendo muy baja, por lo que es importante que siga habiendo un seguimiento y actualización a través de búsquedas bibliográficas en la literatura científica.

6 Bibliografía

1. Fahy J.V. and Dickey B.F., Airway mucus function and dysfunction. *N. Engl. J. Med*, 2010. 363(23): p. 2233–2247
2. Fahy J.V. and Dickey B.F., Airway mucus function and dysfunction. *N. Engl. J. Med*, 2010. 363(23): p. 2233–2247.
3. Flume P.A., et al., Cystic fibrosis pulmonary guidelines: airway clearance therapies. *Respir. Care*, 2009. 54(4): p. 522–537.
4. Wainwright B.J., Scambler P.J., Schmidtke J., Watson E.A., Law H.-Y., Farrall M., Cooke H.J., Eiberg H., Williamson R. Localization of cystic fibrosis locus to human chromosome 7cen-q22. *Nature*. 1985;318:384–385.
5. Savant A.P., McColley S.A. Cystic fibrosis year in review 2019: Section 2 pulmonary disease and infections. *Pediatr. Pulmonol.* 2020;55:3236–3242.
6. García-Pérez-de-Sevilla G, Yvert T, Blanco Á, Sosa Pedreschi AI, Thuissard IJ, Pérez-Ruiz M. Effectiveness of Physical Exercise Interventions on Pulmonary Function and Physical Fitness in Children and Adults with Cystic Fibrosis: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2022 Nov 3;10(11):2205.
7. Arikan H., Yatar İ., Calik-Kutukcu E., Aribas Z., Saglam M., Vardar-Yagli N., Savci S., Inal-Ince D., Ozcelik U., Kiper N. A comparison of respiratory and peripheral muscle strength, functional exercise capacity, activities of daily living and physical fitness in patients with cystic fibrosis and healthy subjects. *Res. Dev. Disabil.* 2015;45–46:147–156.

8. Meer K., Gulmans V.A., van Der Laag J. Peripheral muscle weakness and exercise capacity in children with cystic fibrosis. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999;159:748–754.
9. Mackintosh K.A., Ridgers N.D., Evans R.E., McNarry M.A. Physical Activity and Sedentary Time Patterns in Children and Adolescents with Cystic Fibrosis and Age- and Sex-Matched Healthy Controls. *J. Phys. Act. Health.* 2018;15:82–88.
10. Gursli S, Quittner A, Jahnsen RB, Skrede B, Stuge B, Bakkeheim E. Airway clearance physiotherapy and health-related quality of life in cystic fibrosis. *PLoS One.* 2022 Oct 18;17(10):e0276310.
11. García-Pérez-de-Sevilla G, Yvert T, Blanco Á, Sosa Pedreschi AI, Thuissard IJ, Pérez-Ruiz M. Effectiveness of Physical Exercise Interventions on Pulmonary Function and Physical Fitness in Children and Adults with Cystic Fibrosis: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Healthcare (Basel).* 2022 Nov 3;10(11):2205.
12. Thorel A, Machefert M, Gillot T, Gravier FE, Bonnevie T, Le Roux P, Medri-
nal C, Prieur G, Combret Y. Effects of Exercise Training on Peripheral Muscle
Strength in Children and Adolescents with Cystic Fibrosis: A Meta-Analysis.
Healthcare (Basel). 2022 Dec 13;10(12):2520.

Capítulo 292

LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN DE DISFAGIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

JUAN PARRA GIL

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

1 Introducción

El trastorno de deglución es un síntoma frecuente de progresión de la enfermedad en la enfermedad del Parkinson (1), con una incidencia del 55,16% (2). Sin embargo, cuando se utiliza videofluoroscopia, la incidencia de trastornos de la deglución supera el 90% (3). La disfagia es un patrón de deglución irregular o una alteración del flujo del bolo desde la boca al esófago y es un problema grave en diversas afecciones neurológicas (4).

Después de un accidente cerebrovascular, la disfagia es un problema de salud importante observado durante las primeras 2 a 4 semanas con una prevalencia del 29 al 81% (5). La disfagia provoca un mayor riesgo de desnutrición, deshidratación, neumonía por aspiración e incluso la muerte (6). Estas complicaciones pueden retrasar la recuperación funcional y reducir la calidad de vida cuando los pacientes no pueden comer ni beber (7). La disfagia es reconocida por la OMS como una

discapacidad médica que tiene profundas consecuencias psicológicas y sociales para el individuo y repercute negativamente en la calidad de vida (8).

El tratamiento conservador de fisioterapia puede ser un tratamiento muy eficaz para mejorar la funcionalidad, deglución y calidad de vida.

En este trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica en la bibliografía científica para poder evaluar y analizar los efectos del tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufran disfagia.

2 Objetivos

Estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica los últimos avances de la fisioterapia y sus resultados en pacientes que sufren disfagia.

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 ("dysphagia" and "treatment" and "physiotherapy"). 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 en pacientes que sufran disfagia.

El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los diez años de antigüedad.

4 Resultados

En el primer artículo analizado "The effects of physiotherapy treatments on dysphagia in Parkinson's disease: A systematic review of randomized controlled trials" en total, identificamos e incluimos 10 ensayos clínicos en pacientes con enfermedad de Parkinson sometidos a disfagia.

Esta revisión incluyó siete tratamientos de rehabilitación, incluida la acupuntura, el entrenamiento de fuerza de los músculos espiratorios (EMST), la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS), la terapia de deglución asistida por video (VAST), la estimulación eléctrica y la terapia del habla y el lenguaje (SLT). Para los tratamientos de fisioterapia, incluida la acupuntura, EMST, rTMS de alta frecuencia y VAST pueden ser tratamientos eficaces para la disfagia en pacientes

con enfermedad de Parkinson. Sin embargo, no hubo evidencia suficiente de que la estimulación eléctrica tenga efectos terapéuticos sobre la disfagia en pacientes con enfermedad de Parkinson (9).

En el segundo artículo analizado “Effectiveness of Neuromuscular Electrical Stimulation on Post-Stroke Dysphagia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials” Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de la literatura publicada entre noviembre de 2014 y mayo de 2020 utilizando las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed/Medline, CINAHL, PEDro, Science Direct, Google Scholar, EMBASE y Scopus.

Solo se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) que evaluaron el efecto de la estimulación eléctrica neuromuscular sobre la función de deglución en pacientes con accidente cerebrovascular disfágico.

Se ha utilizado la base de datos de evidencia de fisioterapia (PEDro) para evaluar el riesgo de sesgo de los ensayos incluidos. Esta revisión se informó de acuerdo con las pautas de la declaración PRISMA. La calidad metodológica de los estudios se determinó mediante la escala PEDro y el enfoque GRADE. La evidencia de la calidad general se calificó de moderada a alta. Se analizaron once ECA con 784 pacientes.

Las medidas de resultado primarias de esta revisión fueron la escala de disfagia funcional (FDS) y la evaluación estándar de la deglución. Esta revisión encontró que la estimulación eléctrica neuromuscular (EENM) junto con la terapia de deglución tradicional podría ser una intervención opcional para mejorar la función de deglución después de un accidente cerebrovascular en el departamento de rehabilitación (10).

En el tercer artículo analizado “Scoping review to identify and map non-pharmacological, non-surgical treatments for dysphagia following moderate-to-severe acquired brain injury” Se recuperaron un total de 21 396 registros y se incluyeron un total de 26 estudios. Las intervenciones se clasificaron en estimulación cortical o no cortical de la red de deglución.

Las intervenciones de estimulación cortical fueron estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) y estimulación transcraneal de corriente directa. No corticales fueron intervenciones complejas de deglución, estimulación eléctrica neuromuscular, estimulación eléctrica faríngea (PES), estimulación sensorial, ejercicios de fortalecimiento y entrenamiento de los músculos respiratorios.

Esta revisión de alcance proporciona una visión general de las intervenciones de rehabilitación de la disfagia para pacientes con LCA moderada y grave, predominantemente debido a un accidente cerebrovascular, en la fase aguda y subaguda.

Se encontraron tendencias positivas hacia efectos beneficiosos para la rTMS, las intervenciones complejas de deglución, el PES y el fortalecimiento cervical. Los estudios futuros podrían beneficiarse de una notificación clara del diagnóstico del paciente y la gravedad de la enfermedad, el uso de protocolos o algoritmos de tratamiento más estandarizados y menos medidas de resultados, pero estandarizadas para permitir la comparación de los efectos entre estudios e intervenciones (11).

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, con la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica, y analizados los artículos seleccionados que cumplieran con los criterios de inclusión, se confirma que el tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufren disfagia a través del abordaje de electroterapia con electroestimulación eléctrica neuromuscular podría ser un tratamiento efectivo para mejorar la deglución en pacientes que sufren disfagia después de accidente cerebrovascular.

Sin embargo, el resto de artículos analizados no mostraron una evidencia significativa suficiente como para reafirmar la mejora clínica. Por lo que es necesario seguir analizando los futuros ensayos clínicos y evaluar las distintas técnicas utilizadas de fisioterapia en los pacientes que sufren de disfagia.

6 Bibliografía

1. Miller N., Noble E., Jones D., Burn D.: Hard to swallow: dysphagia in Parkinson's disease. *Age Ageing* 2006; 35: pp. 614-618.
2. Singer R.B.: Mortality in patients with Parkinson's disease treated with dopa. *J. Insur. Med.* 1992; 24: pp. 126-127.
3. Stroudley J., Walsh M.: Radiological assessment of dysphagia in Parkinson's disease. *Br. J. Radiol.* 1991; 64: pp. 890-893.
4. Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*. 2001;32(6):1279-1284.
5. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2009;18(5):329-335.
6. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, et al. Disfagia orofaríngea después de un accidente cerebrovascular: incidencia, diagnóstico y predictores clínicos en pacientes ingre-

sados en una unidad de neurorrehabilitación . J Accidente Cerebrovasc Dis . 2009; 18 (5): 329–335.

7. Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, et al. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors. Arch Phys Med Rehabil. 1995;76(4):310–316.

8. Hansen TS, Engberg AW, Larsen K. Functional oral intake and time to reach unrestricted dieting for patients with traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2008;89:1556–62.

9. Wen X, Liu Z, Liu X, Peng Y, Liu H. The effects of physiotherapy treatments on dysphagia in Parkinson's disease: A systematic review of randomized controlled trials. Brain Res Bull. 2022 Oct 1;188:59-66.

10. Alamer A, Melese H, Nigussie F. Effectiveness of Neuromuscular Electrical Stimulation on Post-Stroke Dysphagia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Clin Interv Aging. 2020 Sep 3;15:1521-1531.

11. Eskildsen SJ, Poulsen I, Jakobsen D, Riberholt CG, Curtis DJ. Scoping review to identify and map non-pharmacological, non-surgical treatments for dysphagia following moderate-to-severe acquired brain injury. BMJ Open. 2021 Dec 2;11(12):e053244.

Capítulo 293

¿ES EFICAZ EL USO DE LAS ONDAS DE CHOQUE EN FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA TENDINOPATÍA ROTULIANA?

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

La tendinopatía rotuliana es el dolor y disfunción persistente del tendón rotuliano debido a la carga mecánica. Ocurre por movimientos repetitivos del tendón debido a la acción muscular, traumatismos directos e indirectos, exceso de carga, etc. Es común encontrarlo en atletas que sobrecargan dicho tendón, como ocurre en el baloncesto.

Cuando aparece el dolor, la persona afectada suele poder continuar la actividad, pero acaba progresando en el tiempo hasta cronificarse si no se trata cuanto antes, pudiendo afectar tanto a la práctica deportiva como a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

El manejo de los primeros síntomas pasa por realizar un tratamiento conservador. Dentro de la fisioterapia se cuentan con varios recursos, como la terapia con láser, ultrasonoterapia, terapia manual, etc.

Desde hace unos años, el uso de la terapia de ondas de choque se ha extendido entre los fisioterapeutas, ya que es un tratamiento no invasivo y es de fácil empleo. Consiste en una serie de ondas acústicas de alta potencia aplicadas sobre la

zona afectada, teniendo efectos mecánicos y biológicos (regeneración de tejido lesionado). Sin embargo, su efecto curativo sobre los cambios degenerativos dentro de los tendones no se ha dilucidado por completo, y tampoco se cuenta con unas recomendaciones claras.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de la terapia de ondas de choque en fisioterapia para el tratamiento de pacientes que sufren de tendinopatía rotuliana.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de las ondas de choque en la tendinopatía rotuliana.
- Evidenciar si la utilización de las ondas de choque es eficaz para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: PEDro, Pubmed, Scielo y Cochrane.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "pathellar thendinopathy", "schockwave" y "physiotherapy", escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

Todos los estudios concluyen en que las ondas de choque, por sí solas, no aportan ningún beneficio para la recuperación de las personas aquejadas de tendinopatía rotuliana. No hay evidencia científica que respalde su uso en cuanto a producir una mejoría ni a corto ni a largo plazo sobre la regeneración del tejido, ni en cuanto a la reducción del dolor. Por consiguiente, no se traduce en una recuperación de la funcionalidad de las personas. En cuanto a los parámetros a utilizar, tampoco hay un consenso claro debido a las necesidades de cada persona y su actividad previa (si la persona es deportista necesitará unos parámetros distintos a si es una persona más sedentaria).

Las técnicas de elección para el tratamiento de las tendinopatías rotulianas pasarían por la realización de ejercicio terapéutico y terapia manual. Gracias a estas terapias sí se consigue mejoría, pudiendo alargarse y mantenerse en el tiempo. La terapia con ondas de choque se podría utilizar como complemento una vez iniciado el tratamiento previo (los estudios indican que se podría empezar a aplicar en torno a los tres meses de haber comenzado, pero varía en función de la recuperación de cada persona). Si se utiliza como complemento, podría ayudar a la rehabilitación acortando el tiempo de intervención.

Los estudios sí indican la buena aceptación que podría tener la terapia con ondas de choque, ya que es una técnica no invasiva y de fácil uso que no requiere de una preparación previa para poder ser utilizada, por lo que podría ser un buen añadido.

Aun así, todos los artículos indican que se necesitaría realizar más estudios para que la evidencia científica sea mayor, puesto que es un tema del que poca literatura se encuentra actualmente.

5 Discusión-Conclusión

Las ondas de choque no sería la terapia de elección a la hora del manejo de la tendinopatía rotuliana, por sí solas no aportan ningún beneficio a la recuperación funcional de estos pacientes.

Las técnicas de elección para el tratamiento sería el ejercicio terapéutico y la terapia manual. Las ondas de choque serían un buen complemento de tratamiento, ya que al no tratarse de una técnica invasiva los pacientes la asimilan bien, pero no funcionaría como tratamiento principal.

La falta de estudios es evidente, por lo que sería conveniente seguir realizando estudios que arrojen más evidencia científica sobre este tema.

6 Bibliografía

1. Challoumas D, Pedret C, Biddle M, Ng NYB, Kirwan P, Cooper B, Nicholas P, Wilson S, Clifford C, Millar NL. "Management of patellar tendinopathy: a systematic review and network meta-analysis of randomised studies". *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2021 Nov 29;7(4):e001110.
2. Stania M, Król T, Marszałek W, Michalska J, Król P. "Treatment of Jumper's Knee with Extracorporeal Shockwave Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis". *J Hum Kinet.* 2022 Nov 8;84:124-134.

3. Charles R, Fang L, Zhu R, Wang J. "The effectiveness of shockwave therapy on patellar tendinopathy, Achilles tendinopathy, and plantar fasciitis: a systematic review and meta-analysis". *Front Immunol*. 2023 Aug 16;14:1193835.
4. Zhang ZJ, Lee WC, Fu SN. "One Session of Extracorporeal Shockwave Therapy-Induced Modulation on Tendon Shear Modulus is Associated with Reduction in Pain". *J Sports Sci Med*. 2020 May 1;19(2):309-316.
5. Challoumas D, Crosbie G, O'Neill S, Pedret C, Millar NL. "Effectiveness of Exercise Treatments with or without Adjuncts for Common Lower Limb Tendinopathies: A Living Systematic Review and Network Meta-analysis". *Sports Med Open*. 2023 Aug 9;9(1):71.

Capítulo 294

APLICACIÓN DE LA TERAPIA MANUAL EN FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ESGUINCE DE TOBILLO LEVE.

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

Los esguinces de tobillo son lesiones de los ligamentos que sujetan la articulación del tobillo. Debido a un movimiento anómalo del tobillo (caída con el pie en inversión por ejemplo) los ligamentos se distienden demasiado, pudiendo desgarrar o romperse, en función de la gravedad. Esta lesión es muy común y puede ocurrir en toda la población, no solo en personas que practican algún deporte, afectando a la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La mayoría de los pacientes que han sufrido un esguince leve responden bien al tratamiento inicial de frío, posición de declive e inmovilización en función del grado. Las personas que sufren de esguinces graves (rotura total de ligamentos) requieren de intervención quirúrgica. En fisioterapia, la terapia manual es ampliamente usada para facilitar la recuperación funcional de las personas con esguinces leves y moderados. Si bien es cierto que, por norma general, no hay un protocolo ni unas pautas que garanticen mayor efectividad, por lo que la realización de estudios científicos es necesaria.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de la terapia manual en fisioterapia para el tratamiento de pacientes que sufren de esguince de tobillo leve.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de la terapia manual en los esguinces de tobillo leve.
- Evidenciar que la terapia manual es efectiva para la recuperación funcional de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: Pubmed, PEDro, Scielo y Cochrane.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "manual therapy", "ankle sprain" y "physiotherapy", escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

Todos los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica avalan el uso de la terapia manual para el tratamiento de pacientes con esguince agudo de tobillo. Muestran que, debido a su realización, ya desde la primera sesión de intervención se puede dar una mejora del edema surgido a raíz de la lesión, y disminuye el dolor.

La evidencia científica, además, indica que los beneficios se producen tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo, porque influye sobre los síntomas iniciales tras ocurrir la lesión. A largo plazo, porque podría evitar las recidivas por una mala recuperación.

Por sí sola la terapia manual es efectiva, pero sus efectos positivos pueden aumentar si se combinan con otras técnicas, como seguir aplicando crioterapia, ejercicio físico y rehabilitación funcional. En la fase aguda de la lesión, aparte de la terapia manual, es recomendable caminar (se debe realizar de manera progresiva y

evitando la aparición de dolor) y comenzar a soportar peso de manera gradual sobre la extremidad afectada.

La realización de terapia manual debe ser proporcionada por personal cualificado (por fisioterapeutas), y se debería realizar un estudio previo acerca del estado físico como funcional del tobillo para que el tratamiento sea lo más eficaz posible. Lo que sí indican todos los estudios es que la inmovilización en casos leves de esguince agudo de tobillo es contraproducente, ya que retrasa y empeora la recuperación y puede ocasionar problemas de movilidad, afectando incluso a la propia estructura del ligamento, lo que se traduciría en esguinces recidivantes futuros.

También se señala la importancia de seguir realizando estudios sobre este tema para que la evidencia científica sea todavía mayor, puesto que a veces es complicado realizarlos debido a la heterogeneidad de la población.

5 Discusión-Conclusión

La terapia manual es efectiva para el tratamiento de los pacientes que sufren de esguince de tobillo de carácter leve. La mejoría se empieza a notar desde la primera sesión.

Es recomendable su utilización debido a sus efectos obtenidos tanto a corto como a largo plazo (ya que podría evitar recidivas).

Aunque por sí sola sea efectiva, también podría combinarse con otras intervenciones, como aplicar crioterapia, ejercicio físico y rehabilitación funcional.

La inmovilización del tobillo en casos de esguince leve es contraproducente, por el hecho de que puede retrasar y empeora la recuperación, por lo que es recomendable también caminar y comenzar a soportar peso de manera gradual.

6 Bibliografía

1. Ruiz-Sánchez FJ, Ruiz-Muñoz M, Martín-Martín J, Coheña-Jimenez M, Perez-Belloso AJ, Pilar Romero-Galisteo R, González-Sánchez M. "Management and treatment of ankle sprain according to clinical practice guidelines: A PRISMA systematic review". *Medicine (Baltimore)*. 2022 Oct 21;101(42):e31087.
2. Weerasekara I, Deam H, Bamborough N, Brown S, Donnelly J, Thorp N, Rivett DA. "Effect of Mobilisation with Movement (MWM) on clinical outcomes in lateral ankle sprains: A systematic review and meta-analysis". *Foot (Edinb)*. 2020 Jun;43:101657.

3. Loudon JK, Reiman MP, Sylvain J. "The efficacy of manual joint mobilisation/manipulation in treatment of lateral ankle sprains: a systematic review". *Br J Sports Med*. 2014 Mar;48(5):365-70.
4. Shumway JD, Vraa D. "Short-Term Effect of Manual Therapy & Taping on Subacute Ankle Sprains with Potential Syndesmotic Sprain: A Case Series". *J Man Manip Ther*. 2022 Apr;30(2):116-123.
5. Cleland JA, Mintken PE, McDevitt A, Bieniek ML, Carpenter KJ, Kulp K, Whitman JM. "Manual physical therapy and exercise versus supervised home exercise in the management of patients with inversion ankle sprain: a multicenter randomized clinical trial". *J Orthop Sports Phys Ther*. 2013;43(7):443-55.

Capítulo 295

¿ES CONVENIENTE REALIZAR EJERCICIOS RESISTIDOS EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio es una obstrucción de manera brusca del paso de la sangre a través de una arteria coronaria. Está provocado por el desarrollo previo de arteriosclerosis (obstrucción arterial por placas de ateroma). Una placa de ateroma se rompe, se forma un trombo y este obstruye el paso de la sangre. Es una urgencia médica.

Tras el episodio, un aspecto fundamental de la rehabilitación de estos pacientes pasa por el reacondicionamiento físico a nivel de fisioterapia. La rehabilitación cardíaca reduce los factores de riesgo y mejora la capacidad de ejercicio aeróbico de los pacientes después de haber experimentado un infarto. El objetivo es conseguir una mejoría para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Uno de los tratamientos con más controversia es la realización de ejercicios resistidos. Se sabe de su utilidad, pero la mayoría de los estudios que abarcan la

rehabilitación física de estos pacientes hablan sobre los ejercicios aeróbicos, por lo que la evidencia científica a veces no es suficiente.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de los ejercicios resistidos en fisioterapia para el tratamiento de pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca del uso de ejercicios resistidos en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio.
- Evidenciar si su utilización es beneficiosa para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: Scielo, Pubmed, PEDro y Cochrane.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "resistance exercise", "heart attack" y "physiotherapy", escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

Todos los estudios concluyen en que los ejercicios resistidos producen mejoría en los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio. Esa mejoría se da a la hora de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y volver a comenzar una práctica deportiva. Se produce un reacondicionamiento físico, disminuye la fatiga y aumenta la resistencia de estas personas. Además, ningún estudio muestra efectos adversos en el ritmo cardíaco tras la aplicación de ejercicios resistidos.

Lo ideal sería combinar los ejercicios resistidos con ejercicio aeróbico, ya que la capacidad aeróbica se recupera y mejora con mayor anterioridad.

Estos ejercicios deben estar pautados y supervisados por profesionales cualificados (como los fisioterapeutas). Es conveniente hacer una evaluación previa antes

de su realización para saber en qué condiciones generales se encuentran las personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio. Durante su realización hay que vigilar en todo momento los síntomas de fatiga o dolor que pudieran aparecer.

También se resalta que los beneficios obtenidos no son solo a nivel físico. Varios estudios muestran la mejoría de las funciones cognitivas (como la memoria) tras su realización, así como se mejora el estado anímico y las funciones psicosociales y en relación con el entorno de estas personas.

Un aspecto importante que se evidencia es que es imposible realizar un protocolo clínico de actuación. El tratamiento debe ser individual, no se pueden establecer unos parámetros generales debido a la situación individual de cada paciente tras sufrir un infarto agudo de miocardio.

Todos los artículos concluyen en que se debe realizar más estudios para que la evidencia científica sea mayor.

5 Discusión-Conclusión

Los ejercicios resistidos son efectivos para la rehabilitación funcional y recuperación de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio. Deben realizarse bajo supervisión de un profesional cualificado.

Estos ejercicios no muestran efectos adversos en cuanto al ritmo cardíaco.

Lo ideal para potenciar la recuperación funcional de estos pacientes sería combinar los ejercicios resistidos con ejercicio aeróbico, ya que es muy importante recuperar la capacidad aeróbica.

No se puede aplicar un protocolo de actuación generalizado, puesto que la situación de cada paciente es distinta, por lo que los ejercicios deben ser individualizados y personalizados.

Sería conveniente seguir investigando sobre el tema para una mayor evidencia científica.

6 Bibliografía

1. Khadanga S, Savage PD, Pecha A, Rengo J, Ades PA. "Optimizing Training Response for Women in Cardiac Rehabilitation: A Randomized Clinical Trial". *JAMA Cardiol.* 2022 Feb 1;7(2):215-218.
2. Khalid Z, Farheen H, Tariq MI, Amjad I. "Effectiveness of resistance interval training versus aerobic interval training on peak oxygen uptake in patients with myocardial infarction". *J Pak Med Assoc.* 2019 Aug;69(8):1194-1198.

3. Dor-Haim H, Horowitz M, Yaakobi E, Katzburg S, Barak S. "Intermittent aerobic-resistance interval training versus continues aerobic training: Improvement in cardiac electrophysiologic and anthropometric measures in male patients post myocadiac infarction, a randomized control trial". PLoS One. 2022 May 3;17(5):e0267888.
4. Brunt A, Albines D, Hopkins-Rosseel D. "The Effectiveness of Exercise on Cognitive Performance in Individuals with Known Vascular Disease: A Systematic Review". J Clin Med. 2019 Mar 1;8(3):294.
5. Kollet DP, Marengo AB, Bellé NL, Barbosa E, Boll L, Eibel B, Waclawovsky G, Lehen AM. "Aerobic exercise, but not isometric handgrip exercise, improves endothelial function and arterial stiffness in patients with myocardial infarction undergoing coronary intervention: a randomized pilot study". BMC Cardiovasc Disord. 2021 Feb 17;21(1):101.

Capítulo 296

INCENTIVADORES RESPIRATORIOS. CUIDADOS DE FISIOTERAPIA Y ENFERMERÍA EN EL PERIODO POSTQUIRÚRGICO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

1 Introducción

Tras una intervención quirúrgica, podemos distinguir dos tipos de periodos:

Postoperatorio inmediato: comprende el periodo desde que finaliza la cirugía hasta que el paciente se traslada a planta; normalmente tiene lugar en la URPA (unidad de reanimación post-anestésica).

Postoperatorio mediato: se inicia cuando el paciente llega a la unidad de hospitalización. Es en este periodo donde los cuidados de enfermería cobran un papel relevante para facilitar la recuperación y evitar o tratar las complicaciones habituales tras una intervención: hemorragias, dolor, náuseas y vómitos, complicaciones respiratorias (en las que nos centraremos) e infecciones (1).

Las complicaciones pulmonares son una causa importante de morbilidad y mortalidad durante el periodo postoperatorio después de cirugías torácicas y abdominales. Las más frecuentes son la insuficiencia respiratoria, las atelectasias y la neumonía (1).

Los estudios muestran el impacto personal, social y económico que provocan estas complicaciones tanto en el paciente como en los recursos sanitarios. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de estas complicaciones son uno de los aspectos más importantes de los cuidados postoperatorios (2).

Nuestro sistema sanitario cuenta con una ratio de 0,1 profesionales de la fisioterapia por cada 1000 habitantes, muy lejos de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (un fisioterapeuta por cada 1000 habitantes) (3), por lo que no todos los pacientes que sufren una intervención torácica reciben tratamiento directo de fisioterapia respiratoria.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, a los pacientes se les facilita un incentivador respiratorio para la realización de ejercicios y entrenamiento de las capacidades respiratorias. Por lo tanto, será el personal de enfermería, ya que está en continuo contacto con los pacientes durante este periodo, el que supervise el correcto uso de estos dispositivos a través de las recomendaciones y pautas individualizadas por parte del personal de fisioterapia (2).

2 Objetivos

En este capítulo, nos planteamos dos objetivos fundamentales:

- Conocer los múltiples usos de los incentivadores respiratorios.
- Describir los aspectos fundamentales para una correcta utilización.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha elaborado una revisión bibliográfica narrativa, a partir de búsquedas de bibliografía científica en diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Cochrane y Biblioteca Virtual de la Salud.

Se ha seleccionado la literatura científica relacionada con la espirometría incentivadora en pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica torácica o abdominal.

4 Resultados

La anestesia general provoca bloqueo neuromuscular y parálisis muscular inducida, que, junto al aumento de presión intraabdominal, causado por las posturas de decúbito adoptadas durante la intervención, comprometen los segmentos pulmonares basales. La atelectasia se manifiesta como falta de aire e hipox-

emia y la gravedad de esta aumenta del segundo al cuarto día después de la cirugía. Esta patología se desarrolla debido a la disminución de la adherencia del tejido pulmonar, la alteración de la ventilación regional y el mantenimiento de las secreciones en las vías respiratorias. Además, el dolor también puede conducir a una atelectasia, ya que interfiere con la respiración espontánea y la tos, pudiendo crear un problema restrictivo comprometiendo el aclaramiento mucociliar y la distribución de surfactante, creándose así una predisposición a la infección (4).

La espirometría incentivadora es un procedimiento de recuperación y/o entrenamiento de las capacidades pulmonares y se realiza mediante ejercicios con un incentivador respiratorio (1).

Un incentivador respiratorio es un dispositivo de uso individual empleado para fomentar la expansión pulmonar proporcionando un feedback visual al paciente (1).

Es importante dar autonomía al paciente durante la espirometría incentivadora, ya que será una de las pautas recomendadas de cara al alta domiciliaria y su recuperación en un contexto habitual; por eso desde enfermería se debe comprobar que se realicen los ejercicios de forma correcta con un uso adecuado del dispositivo según las indicaciones que se recomienden (4).

Existen dos tipos de incentivadores y con cada uno de ellos se aconsejan ejercicios diferentes según objetivos propuestos y características del paciente.

Incentivadores de flujo:

Aparato que consta de un cuerpo de tres cámaras transparentes en serie, cada una de ellas contiene una bola que se mueven según el flujo inspiratorio/espирatorio realizado: 600 cc/seg (centímetros cúbicos/segundo), 900 cc/seg y 1200 cc/seg. El cuerpo del incentivador va unido a un tubo corrugado y una boquilla diseñada para el máximo confort en el sellado de los labios (4).

La principal indicación es la prevención y/o tratamiento de atelectasias o colapsos alveolares pues está diseñado para mejorar la respiración y restaurar patrones respiratorios normales. Su uso fortalece la musculatura respiratoria y promueve una respiración profunda, controlada y lenta (5).

Ejercicio 1: inspiratorio, con el dispositivo en su posición habitual.

1. Sujetar el incentivador en posición vertical y expulsar todo el aire por la boca.
2. Una vez expulsado, colocamos la boquilla del tubo en la boca, sellando los labios lo máximo que pueda.
3. Realizamos una inspiración profunda a través de la boca.
4. La primera bola (flujo de 600cc/seg) se debería levantar (primer objetivo visual).

5. Mantenemos la bola arriba todo el tiempo que se pueda.

6. Retirar la boquilla de la boca y espirar todo el aire.

7. Se realiza pausa de 10 segundos para comenzar una nueva serie.

Se trata de conseguir elevar las tres bolas al inspirar, pero esto debe de ser de forma progresiva ya que movilizar la segunda y tercera bola entraña mayor dificultad, y se debe evitar la frustración y favorecer la adherencia a estos ejercicios respiratorios. Hay incentivadores en los que la tercera bola solo es de control por lo tanto no intentaremos levantarla, nos quedaremos levantando solo las dos primeras.

Con este ejercicio se aumenta la cantidad de aire que introducimos de forma independiente dentro de nuestros pulmones; esta expansión pulmonar evita y/o reduce los colapsos alveolares y por tanto favorece la ventilación y la respiración (5).

Ejercicio 2: espiratorio, con el dispositivo del revés.

1. Sujetar el incentivador en posición vertical, pero al revés (le damos la vuelta) y coger todo el aire por la boca.

2. Una vez que hayamos hecho una inspiración forzada, colocamos la boquilla del tubo en la boca, sellando los labios lo máximo que pueda.

3. Realizamos una espiración profunda a través de la boca (con aumento de la velocidad de salida del aire).

4. La primera bola (flujo de 600cc/seg) se debería levantar (primer objetivo visual).

5. Mantenemos la bola arriba todo el tiempo que se pueda.

6. Retirar la boquilla de la boca e inspirar con normalidad.

7. Se realiza pausa de 10 segundos para comenzar una nueva serie durante los cuales realizamos respiraciones normales.

El objetivo es similar al del ejercicio anterior, levantar las tres bolas y mantenerlas arribas mediante el flujo de aire espirado, pero el propósito clínico va encaminado a evitar un aumento de volumen de aire en el espacio muerto o de reserva (5).

Con estos dos ejercicios se entrena la capacidad pulmonar total, ya que fomentamos la elasticidad torácica, la contracción muscular (tanto inspiratoria como espiratoria auxiliar) y el movimiento mucociliar (4).

Incentivadores de volumen:

Es un dispositivo que consta de una válvula unidireccional para evitar la exhalación en la unidad; una cámara con un émbolo deslizante que indica el volumen inspiratorio que el paciente alcanza (hasta 2500 ml, 3000 ml, 3500 ml y 4000 ml dependiendo del dispositivo) y un marcador que señala el objetivo volumétrico que se persigue; además tiene una pequeña cámara adicional con un marcador

que señala el flujo inspiratorio (4).

Combina pues, el volumen con el flujo adecuado para promover una adecuada inspiración larga y sostenida. También contiene un tubo corrugado y una boquilla para un sellado de labios cómodo (5). Es el más utilizado en la planta de cardiología debido a esta ventaja respecto al incentivador de flujo.

Los principales objetivos son: fomentar la expansión pulmonar y facilitar la higiene bronquial. Posee las mismas indicaciones que el incentivador de flujo, pero éste es más didáctico y se utiliza además para la eliminación de las secreciones (5).

Dependiendo del propósito que persigamos realizaremos principalmente dos ejercicios inspiratorios:

Ejercicio 1: mejorar la expansión pulmonar.

Consiste en controlar la cantidad de aire que entra en el organismo en relación con la velocidad y esfuerzo respiratorio para ir aumentándolo progresivamente según tolerancia y capacidad (4).

1. Colocar el dispositivo en posición vertical a la altura de nuestra boca.
2. Realizar una espiración lenta y completa fuera del aparato.
3. Cerrar los labios alrededor de la boquilla y realizar una inspiración lenta y profunda hasta el volumen que se ha fijado mediante el marcador.
4. La velocidad de la inspiración debe ser aquella en la que el indicador de flujo del aparato se mantenga en los límites fijados a tal efecto.
5. Una vez alcanzada la máxima capacidad posible, se mantendrá la inspiración alrededor de tres segundos.
6. Después, realizar una espiración lenta fuera del dispositivo.
7. A continuación, se indica un descanso de unos diez segundos con una respiración basal, tras el cual se repetirá el ejercicio.

Ejercicio 2: higiene bronquial a través de drenaje autógeno.

El drenaje autógeno es un método de respiración controlada en el cual el paciente ajusta la frecuencia, la localización y la profundidad de la respiración para eliminar secreciones (5).

Se comienza en el volumen de reserva espiratorio con vistas a la movilización de las secreciones distales para ir pasando progresivamente al volumen de reserva inspiratorio para la evacuación proximal. Por eso es interesante el uso del incentivador volumétrico, ya que nos ofrece una retroalimentación visual del volumen inspirado para saber en qué vía estamos movilizand las secreciones (5).

1. Estimar la existencia y localización de las secreciones mediante una inspiración y espiración profundas. Si al comienzo de la espiración aparecen sibilancias, las

secreciones se localizan en vías proximales y cuando suenan al final de la espiración las situaremos en vías más periféricas.

2. Colocar el incentivador a la altura de la boca y realizar una espiración forzada y profunda.
3. Sellar los labios en la boquilla.
4. Inspirar hasta el volumen que nos interese para empezar a movilizar las secreciones: volúmenes bajos para movilizar secreciones distales.
5. Realizar una espiración forzada fuera del dispositivo.
6. Repetir punto 4 hasta que el paciente note que la secreción va subiendo a vías centrales.
7. Realizar las mismas inspiraciones cogiendo más aire a medida que la mucosidad también se mueven hacia los bronquios de mayor diámetro. Las espiraciones siempre se hacen profundamente.
8. Cuando la secreción esté cerca de ser expulsada, toser para su eliminación.

Información y preparación del paciente:

Es un requisito indispensable para la utilización de estos instrumentos que el paciente tenga un nivel adecuado de conciencia y capacidad para entender las instrucciones de uso y ejercicios pautados (2).

Se tiene que asegurar que el paciente no solo lo ha entendido, sino que realiza correctamente los ejercicios.

Para conseguir una buena realización de la espirometría incentivadora es necesario que el paciente tenga un buen control del dolor (1).

La posición más adecuada del paciente es la sedestación, o si no pudiera en cama con el tronco lo más recto e incorporado posible si su situación lo permite (1) y (5).

Contraindicaciones (1):

- Pacientes que no pueden ser instruidos o supervisados en el uso adecuado de los dispositivos.
- Ausencia de colaboración por parte del paciente.
- Presencia de estoma traqueal abierto.

Riesgos y complicaciones (1) y (5):

- La técnica es inefectiva si no se supervisa su ejecución regularmente y si no se realiza como se ha enseñado.
- Es inapropiado como único tratamiento de la atelectasia y/o neumonía (4).
- Riesgo de hiperventilación si se realiza de forma incontrolada y sin sus pausas y descansos recomendados.
- Riesgo de barotrauma en pulmones enfisematosos.

- En casos de uso de gafas nasales o mascarilla de oxígeno puede aumentar hipoxemia si se retiran para la realización de los ejercicios.
- Exacerbación del broncoespasmo.
- Fatiga muscular.

5 Discusión-Conclusión

Es interesante destacar la problemática de los pacientes para una correcta utilización de los incentivadores respiratorios y la insuficiente supervisión durante la realización de los ejercicios respiratorios. Por este motivo, es importante investigar y conocer acerca de los múltiples usos de estos dispositivos, ya que es necesario que los cuidados respiratorios se realicen con especial atención en los pacientes intervenidos para favorecer su recuperación y reducir el tiempo de hospitalización.

En este capítulo se pone de manifiesto, por un lado, la necesidad que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud de aumentar el número de profesionales de fisioterapia en el ámbito hospitalario; y por otro, la importancia de la formación en rehabilitación respiratoria por parte del personal de enfermería, puesto que recae sobre ellos la supervisión continua del paciente.

6 Bibliografía

1. Martínez de Zúñiga C., Sánchez M.J. Cuidados de enfermería en el postoperatorio de cirugía torácica. Manual de procedimientos. Perioperatorio en Cirugía Cardíaca II SocEspNeumCirTorax. 2011.
2. Satse [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2023]. Notas de prensa. Satse. Disponible en: <https://www.satse.es/comunicación/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-sanidad-pública-necesita-más-fisioterapeutas-para-mejorar-la-accesibilidad-y-atención-de-toda-la-población>.
3. Josa M, Cañas A, Centella T, Contreras JM, Cortina JM, Cuenca JJ et al. Cirugía cardiovascular. Definición, organización, actividad, estándares y recomendaciones. En: Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Cirugía TorácicaCardiovascular (SECTCV). Cir. Cardiov. 2012; 19(1):15-18.
4. Portuondo MT, Martínez T, Delgado J, García P, Gil D, Mora JA et al. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Madrid, Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2009.

5. Arranz H, Villahoz C. La intervención fisioterapéutica en el programa de rehabilitación cardíaca. En: Maroto-Montero JM, de Pablo Zarzosa C, eds. Rehabilitación Cardiovascular. Madrid: Panamericana; 2011. p. 301-318.

Capítulo 297

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La parálisis cerebral infantil (PCI) es la causa más frecuente que provoca discapacidad y dependencia en pediatría. Se trata de un trastorno neurológico no progresivo que se manifiesta a través de alteraciones persistentes de la postura y los movimientos. Se produce debido a una lesión cerebral en la etapa perinatal: antes o durante el parto y después del nacimiento hasta la edad de 3 años (edad a la que se completa la maduración mielínica del sistema nervioso central).

Se distinguen diferentes tipos de PCI, dependiendo de las diferentes alteraciones cerebrales. Es habitual encontrar pacientes que tengan una combinación varios tipos. Nosotros analizaremos brevemente los tipos de PCI en función de los trastornos tónico-posturales descritos a continuación:

PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

Este tipo se considera como la forma más habitual llegando a estimar que afecta entre el 70% y el 80% de los pacientes diagnosticados de PCI. Se produce por la

lesión de la corteza cerebral o/y el tracto piramidal. Genera hipertonía espástica e hiperreflexia: su principal característica es el aumento del tono muscular, que puede traducirse en espasticidad o rigidez y, también se manifiesta como una defensa continua o exagerada a un estiramiento pasivo.

Los nombres para referirse a la descripción de las extremidades afectadas en este tipo de PCI son los términos de plejía (paralizado) o paresia (débil). Cuando ambos MMII presentan espasticidad, se posicionan con aducción y rotación interna de cadera con el consecuente cruce de piernas. Esta postura de los MMII con apariencia de “tijeras” influye negativamente en la marcha.

PARÁLISIS CEREBRAL ATÉTOSICA O ATETOIDE

Esta forma de PCI afecta aproximadamente al 20% de los pacientes. Se produce por la lesión de los ganglios basales y/o el sistema extrapiramidal. Se caracteriza por la presencia de movimientos involuntarios o discinéticos, fluctuaciones del tono muscular con cambios bruscos y permanencia exagerada de los reflejos arcaicos. Además, los pacientes con PCI atetoide pueden presentar babeo y disartria.

La incoordinación motora generalizada provoca importantes dificultades para realizar una marcha funcional.

PARÁLISIS CEREBRAL ATÁXICA.

Es la forma menos habitual, se estima que esta forma de parálisis afecta solo entre el 5% y el 10% de los pacientes. Se produce debido a una lesión cerebelar. Se caracteriza por presentar hipotonía y ataxia (incoordinación motora), lo cual produce gran afectación del equilibrio y la coordinación. Además, puede aparecer temblor al inicio del movimiento voluntario provocando grandes problemas de funcionalidad.

La marcha de los pacientes afectados con este tipo de PCI, caminan inestablemente con una base de sustentación muy amplia, experimentando aumento de temblor en el inicio de la marcha, en los obstáculos, al realizar giros o cambios de sentido y al realizar otra función diferente al apoyo de los miembros superiores (MMSS) (coger un objeto, lanzar, pulsar un botón)

Parálisis cerebral mixta

Como ya hemos mencionado anteriormente, son comunes las formas combinadas de PCI. Siendo la combinación más habitual la que se manifiesta con espasticidad y presencia de incoordinación motora debido a la lesión de varias zonas del encéfalo.

Otras combinaciones también pueden suceder pero las encontramos en menor frecuencia.

Según la topografía corporal afectada, podemos encontrar:

- Paraplejia: ambos miembros inferiores (MMII).
- Hemiplejia: alteración de uno de los hemicuerpos.
- Triplejia: afecta tres extremidades.
- Tetraplejia: afecta a MMSS y MMII.

Y según el tono muscular que presente las clasificaríamos en:

- Isotónico: tono normal.
- Hipertónico: tono aumentado/exagerado.
- Hipotónico: tono disminuido.
- Variable: tono variable (disonía).

Otros trastornos asociados que pueden presentar los pacientes con PCI son problemas sensoriales, problemas del habla, retraso mental, presencia de convulsiones, problemas óseos y articulares.

2 Objetivos

- Describir los trastornos de la marcha más habituales en los pacientes con PCI.
- Realizar una breve exposición de los abordajes más eficaces para el tratamiento dichas alteraciones.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, elaborada a través de búsquedas en las diferentes plataformas y bases de datos, tales como: Pubmed, Scielo, Springerlink, Google académico y Biblioteca Virtual de la Salud. Además, se han consultado diversas publicaciones, guías y manuales relacionadas con el tratamiento y rehabilitación de la parálisis cerebral infantil.

4 Resultados

TIPOS DE ALTERACIONES DE LA MARCHA

Según el déficit de fuerza que presente el paciente podemos encontrar las siguientes parestias que se deben a un origen central:

- MARCHA HEMIPLÉJICA: Se afecta un hemicuerpo con espasticidad. La extremidad inferior afectada avanza mediante abducción de cadera, realizando un movimiento “en guadaña”, con el tobillo en equino (inversión y flexión plantar).

El MS afecto pierde su balanceo normal, permaneciendo en semiflexión de codo, flexión de muñeca y pronación, y situándose por delante del tronco.

- MARCHA PARAPARÉSICA: Se debe a la presencia de espasticidad en ambos MMI: equinismo. Se observa el arrastre inevitable de ambos pies con un balanceo típico de la pelvis como mecanismo compensador para facilitar el despegue del suelo, el cual les es muy dificultoso. Si, además, presenta hipertonía en los aductores de cadera, aparece una marcha en tijera.

Según la alteración de la coordinación muscular cuando no se presente déficit de fuerza podemos encontrar las siguientes marchas descoordinadas que tienen su origen en lesiones de los cordones posteriores y el cerebelo:

- MARCHA ATÁXICA: los pacientes presentan una importante pérdida de la sensibilidad propioceptiva. Por ese motivo los pacientes necesitan una adecuada información visual que proporcione referencias exactas para moverse. Lógicamente se agudiza en la oscuridad o cuando el paciente cierra los ojos. La postura habitual de partida es bipedestación con aumento de la base de sustentación y observando continuamente los propios pies. Una complicación es la aparición de marcha tabética que se produce cuando la presencia de hipotonía del cuádriceps limita la extensión de la rodilla al lanzar en el adelantamiento la extremidad afectada, provocando un taconeo típico.

- MARCHA CEREBELOSA: aparece como consecuencia de la lesión del cerebelo. Aparece inestabilidad en bipedestación estática e incoordinación durante la marcha con aumento de la base de sustentación. Los pacientes avanzan con precaución, después de varias tentativas y con dismetría en la longitud del paso. Si además predomina la lesión en la vermis la marcha se acompaña de un balanceo con oscilaciones similares a un estado de embriaguez.

- MARCHA VESTIBULAR: aparece como consecuencia de la afectación del sistema vestibular provocando la desviación lateral hacia el lado del vestíbulo afectado, se denomina comúnmente como marcha en estrella. Los pacientes pueden presentar vértigos y náuseas ante los movimientos continuados o bruscos de la cabeza. La lesión bilateral es una de las grandes complicaciones pues puede imposibilitar la marcha.

TRATAMIENTOS

1. Rehabilitación neurológica: Los trastornos de la marcha serán abordados en rehabilitación a través de la atención de diferentes profesionales tales como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Realizan rehabilitación neurológica con métodos específicos como Bobath, Terapia manual, Terapia de espejo, Le Metayer, Vöjta, Integración sensorial, vendaje neuromuscular y Electroterapia.

2. Órtesis y ayudas técnicas:

Las órtesis son dispositivos que se colocan en o sustituyen un segmento corporal para prevenir, disminuir o corregir deformidades, facilitar una función perdida o alterada y como sistemas de seguridad y protección. Podemos encontrar prótesis, férulas de diversos materiales, bipedestadores, apósitos, cojines, etc.

Las ayudas técnicas o dispositivos de ayuda son instrumentos adaptados que facilitan la realización de una actividad de la vida diaria perdida o alterada. Podemos encontrar, sillas de ruedas, bastones, cubiertos adaptados, elevadores de sanitarios, nuevas tecnologías, etc.

3. Tratamiento quirúrgico: Existen diferentes tipos de intervenciones entre las que elegir. Las más frecuentes son:

- Infiltración de toxina botulínica: fármaco de uso local que actúa bloqueando la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular y provoca como consecuencia una inhibición muscular localizada aproximadamente entre tres y seis meses.
- Administración intratecal de baclofeno: indicada en pacientes que presentan espasticidad severa generalizada y no es posible su control mediante fármacos orales o han presentado efectos adversos y reacciones alérgicas tras su administración. La intervención consiste en la administración programada de baclofeno en el espacio intratecal mediante una bomba de perfusión continua o intermitente con un catéter implantados en el quirófano. Se trata de una técnica reversible.
- Cirugía: La cirugía ortopédica se utiliza para corregir contracturas y deformidades de extremidades y columna vertebral con el objetivo de mejorar la movilidad del paciente y, por ende, su calidad de vida. Los procedimientos ortopédicos no son reversibles, para su modificación se requiere repetir otra intervención ortopédica. Se trata por ejemplo de intervenciones de tejidos blandos como la transferencia o alargamiento de tendones, tenotomías y osteotomías.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de las alteraciones de la marcha en PCI es multidisciplinar y depende de factores como el tipo de lesión, la edad, la neuroplasticidad, el entorno y los objetivos planteados.

Los diferentes profesionales sanitarios que participan en el tratamiento de los pacientes con PCI deben ser conscientes de la importancia que tiene una visión global del caso a la hora de planificar cada terapia, teniendo en cuenta no solo sus capacidades psicomotoras, sino también su contexto familiar, el entorno y sus necesidades para que el planteamiento terapéutico sea lo más individualizado posible.

Los objetivos planteados deben resolver problemas reales con una jerarquía establecida según las necesidades que presente el paciente en cada momento. Un objetivo adecuado se caracteriza por ser significativo para el paciente y realista para no generar frustraciones ante el fracaso.

Los tratamientos y el desarrollo de las sesiones cuyos medios y fines estén relacionados con la interacción social, las actividades de la vida diaria, el ocio y el juego suponen tratamientos más propositivos que los tratamientos dirigidos únicamente al movimiento en sí. Por eso es fundamental para el tratamiento de la marcha extrapolar los consejos posturales, las habilidades aprendidas y destrezas aumentadas en rehabilitación durante las actividades rutinarias.

6 Bibliografía

1. Ponencia invitada al XII Congreso Nacional de Fisioterapia de la UCAM. Martín Díez A. Avances en Neurociencia aplicados al desarrollo motriz, el control postural y la terapia en niños. Revista de Fisioterapia UCAM. 2009. 8: 12.
2. Ponencia invitada al XII Congreso Nacional de Fisioterapia de la UCAM. Arbeláez F. Análisis computerizado de la marcha en parálisis cerebral. Revista de Fisioterapia UCAM. 2009. 8: 13.
3. Paeth B. Experiencias con el concepto Bobath. Fundamentos, tratamientos, casos. Madrid. Medica Panamericana. 2000.
4. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Evaluación clínica y tratamiento de la espasticidad. Editorial Médica Panamericana. 2009.
5. M. F. Lara-Romero; L. Perales. Influencia del tratamiento farmacológico de la espasticidad en la fisioterapia de la parálisis cerebral. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. 2011. 13(2): 69-76.
6. Á. Navarrete; D. Peters; S. Ruz. Resultado funcional de infiltración de toxina botulínica multinivel en extremidades inferiores y terapia integral en niños con parálisis cerebral espástica. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2010. 44(3): 236-243.
7. Joaquín Ortiz Ramírez, Sagrario Pérez de la Cruz. Efectos terapéuticos del vendaje neuromuscular en parálisis cerebral infantil: una revisión sistemática. Arch. argent. pediatr. vol.115 no.6 Buenos Aires dic. 2017.
8. Espinoza Diaz, Cristóbal Ignacio; Amaguaya Maroto, Gabriela; Culqui Barriónuevo, María; Espinosa Moya, Julio; Silva Acosta, Jessica; Angulo Procel, Ana; Rivera Pérez, Johana; Avilés Jaya, Ana Cristina. Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la parálisis cerebral infantil. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 38, núm. 6, 2019 Sociedad Venezolana de Far-

macología Clínica y Terapéutica, Venezuela. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142018>.

Capítulo 298

IMPORTANCIA CLÍNICA DE LAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS, EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL CUIDADO DE LA SALUD

CLARA PAULA DE UÑA SANTOS

1 Introducción

El número de las prescripciones farmacológicas por paciente va en aumento junto con la esperanza de vida de la población y con ello, el riesgo de sufrir una interacción medicamentosa. Muchos de los ingresos hospitalarios se relacionan con estas interacciones y algunas de ellas se pueden prevenir con conocimiento previo.

En este escenario, el conocimiento y manejo de las interacciones resulta fundamental en la profesión farmacéutica para disminuir los riesgos asociados a la farmacoterapia que pueda sufrir el paciente. Por ello, la detección y prevención de dichas interacciones debería ser uno de los principales puntos de actuación de los farmacéuticos, compartiendo responsabilidad junto con los médicos prescriptores (1).

Se define interacción farmacológica como «cualquier alteración, en el sentido que sea, de la respuesta previsible a la acción de un fármaco, que sea consecuencia de la acción concurrente en el organismo de otra sustancia química no producida por el mismo»

Puede haber interacciones entre dos o más medicamentos. Pero también existen interacciones entre medicamentos y alimentos u otras sustancias como pesticidas, alcohol, zumo de pomelo, tabaco, regaliz, etc.

En este capítulo se va a profundizar en las interacciones fármaco-fármaco (1).

En todas las interacciones hay por lo menos un fármaco objeto que modifica la acción de otro y un fármaco precipitante. Ocasionalmente, algún fármaco puede ser objeto y precipitante al mismo tiempo.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Intensificar la enseñanza en el reconocimiento de interacciones farmacológicas para mejorar así la calidad de la atención farmacéutica.

Objetivos específicos:

- Exponer los principales factores implicados en la aparición de interacciones farmacológicas.
- Revisar las principales interacciones farmacológicas en función de su mecanismo de actuación.
- Explicar los sistemas de detección de interacciones farmacológicas más importantes.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una investigación general sobre las principales interacciones medicamentosas mediante una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. La búsqueda se ha realizado sistemáticamente entre libros y artículos de las principales bases de datos científicas como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

1. Población vulnerable:

Entre las principales características que aumentan el riesgo de sufrir interacciones relevantes figuran la edad del paciente y el número de medicamentos administrados (la probabilidad aumenta exponencialmente al número de medicamentos prescritos).

También influyen las enfermedades previas del paciente, como si es una enfermedad aguda, inestable o tiene alteradas la función renal/ hepática/ biliar, puesto que puede afectar directamente a la eliminación de los fármacos y provocar toxicidad (2).

En una revisión realizada en Venezuela en el que se analizan 104 historias clínicas con pacientes de diferentes edades y diferente número de medicamentos prescritos, se concluye que la prevalencia de interacciones es elevada (85.6% aunque no todas ellas resulten relevantes) en los que predominan los pacientes de más de 70 años con 6 o más prescripciones activas por paciente (3).

En un estudio realizado en USA por Budnitz y cols se evidenció que el 33.3% de las interacciones detectadas en pacientes mayores de 65 años se correspondían únicamente a tres medicamentos: warfarina 17,3%; insulina 13% y digoxina 3,2% (4).

En otra investigación realizada por Grymonpre y cols se observó que los grupos farmacológicos que provocaban mayor incidencia son los anticoagulantes, los antipsicóticos, los antidiabéticos y los electrolitos. Entre los medicamentos que provocan más interacciones destacan los AINE, diuréticos, warfarina, digoxina y opiáceos. (5)

2. Clasificación según mecanismo de acción:

Las interacciones farmacológicas se clasifican según en dos principales grupos:

A. Interacciones farmacodinámicas: se debe a la influencia que tiene un medicamento sobre el efecto de otro en los receptores u órganos diana en los que actúa. Suelen ser previsibles.

En este grupo destacan las interacciones en los receptores serotoninérgicos y las que provocan prolongación del intervalo QT que pueden provocar una taquicardia ventricular llamada "torsade de Pointes".

B. Interacciones farmacocinéticas: en la que un medicamento altera un segundo fármaco, variando uno o varios de los mecanismos farmacocinéticos de absorción, distribución, metabolismo o excreción. Entre ellas destaca las alteraciones al metabolismo realizadas por el citocromo P450 (5).

3. Sistemas de detección:

El conocimiento de los profesionales sanitarios está estrechamente vinculado a los años de experiencia y a la formación continuada. Sin embargo, y a pesar de ello, resulta difícil tener un manejo completo de todas las interacciones farmacológicas. Por este motivo, el uso de sistemas informatizados de alertas constituye un elemento fundamental en la detección. La integración de bases de datos en los sistemas de soporte/dispensación puede prevenir las interacciones antes

de que se produzcan (6).

5 Discusión-Conclusión

Verificamos bajo estudios científicos que los pacientes mayores de 70 años y con más de 6 prescripciones tienen más riesgo de sufrir una interacción y que los 3 medicamentos que producen un mayor número de interacciones son la warfarina, insulina y digoxina, por lo que debemos tener especial precaución en su prescripción.

Destacamos la importancia de descubrir a tiempo una interacción medicamentosa con el fin de evitar urgencias previsibles y mejorar la terapia farmacológica del paciente, ya que las consecuencias de algunas interacciones podrían ser fatales como el síndrome serotoninérgico.

Concluimos afirmando que los sistemas informatizados de detección resultan de gran ayuda en la práctica clínica. Por eso debemos prestarle la atención necesaria y no caer en la llamada “fatiga de alertas” omitiendo las mismas debido a un envío masivo.

Finalizamos recalcando la responsabilidad de combinar medicamentos con base en la evidencia científica disponible en el momento para evitar riesgos innecesarios.

6 Bibliografía

1. http://publicaciones.portalfarma.com/pam/245/revision_1.pdf
2. http://formacion.sefh.es/curso_interacciones/modulo14/interacciones_modulo14.pdf
3. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2016/AVFT_1_2016/interacciones_medicamentosas.pdf
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000300001
5. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, Aoki FY, Montgomery PR. Drug-associated hospital admissions in older medical patients. JAGS 1988; 36(12):1092-8.
6. https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/interacc2014/InteraccionesFarmacologicas_pr.pdf

Capítulo 299

CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

AHLAM HACHMAOUI RIDAOUI

1 Introducción

Las enfermedades autoinmunes (EIA) constituyen más de un centenar de patologías clínicas, que pueden afectar alrededor de un 7,6-9,4% de la población. Son enfermedades complejas en las que el sistema inmunitario de individuos genéticamente predispuestos, en respuesta a desencadenantes ambientales no bien conocidos en la mayoría de los casos, ataca a sus propios tejidos debido a fallos en los mecanismos que regulan la homeostasis inmunológica. Debido a estos procesos de desregulación pueden producirse linfocitos autorreactivos y autoanticuerpos (autoAc) circulantes e inflamación.

Las EIA pueden expresarse clínicamente de forma heterogénea y asociarse a una variedad de signos y síntomas, que suelen ser inespecíficos en las fases iniciales, por lo que la detección de autoanticuerpos específicos puede ayudar al reconocimiento precoz de la patología. La diana de la respuesta autoinmune puede ser un único órgano como la diabetes mellitus o cursar con afectación multiorgánica, como el lupus eritematosos sistémico (LES). A veces se producen asociación o solapamiento de distintas enfermedades autoinmunes en un mismo paciente. Por ello, el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las EIA requiere la participación de las distintas especialidades médicas.

Los laboratorios clínicos tienen la función de contribuir a establecer el diagnóstico, estimar el pronóstico y monitorizar el tratamiento de los pacientes. El estudio de autoanticuerpos es un importante proceso de valoración y seguimiento de

un paciente con signos y síntomas de EIA. Dentro de las EIA, encontramos las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), que son enfermedades inflamatorias crónicas en las que se produce daño en múltiples órganos y tejidos por acción del propio sistema inmunitario. Los mecanismos de acción que intervienen son muy variados, desempeñando un papel fundamental en la pérdida de tolerancia, la producción de autoanticuerpos, la activación de células T específicas, la activación del complemento o un defecto en la eliminación de inmunocomplejos y/o células apoptóticas.

El origen de las EAS suele ser multifactorial (genética, hormonas, medio ambiente y/o estilo de vida), además pueden ser enfermedades raras o poco frecuentes.

El lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Sjögren (SS) y la Artritis Reumatoide (AR) se incluyen dentro del grupo de las EAS.

El estudio básico de los parámetros debe incluir un estudio de bioquímica general (reactantes de fase aguda, indicadores de la función renal, perfil hepático, enzimas musculares y autoanticuerpos).

Los anticuerpos antinucleares (ANA) son anticuerpos IgG que reconocen cualquier estructura del núcleo o citoplasma celular. La presencia de ANA no tiene que estar relacionada necesariamente con patología, ya que de por sí son anticuerpos inespecíficos y que pueden detectarse en población sana, sobre todo en personas de avanzada edad.

La identificación de los autoanticuerpos se realiza con diversas técnicas, como el ensayo de inmunoenlaces (ELISA) con extractos celulares, aunque la técnica de referencia para el estudio de los ANA es la inmunofluorescencia indirecta (IFI) sobre células Hep-2. Dependiendo del patrón observado en el microscopio, nos va a permitir sospechar de un autoanticuerpo u otro, permitiendo ampliar el estudio y realizar un diagnóstico certero. Mientras que el concepto de antígeno extraíble del núcleo (ENA), se refiere a las distintas especificidades antigénicas presentes en la célula. Los más frecuentes son anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, anti-RNP, anti-Sm o anti-Scl70. La presencia de ENAs u otros autoanticuerpos se detectan mediante fluoroenzaimunoensayo, quimioluminiscencia, ELISA o inmunoblot.

2 Objetivos

Conocer y estudiar las principales características de las enfermedades autoinmunes sistémicas, en concreto el lupus eritematoso sistémico (LES).

3 Metodología

La realización de este trabajo se basó en la búsqueda y revisión bibliográfica de diversos artículos científicos en distintas bases de datos (Medline, Scielo, PubMed, etc.). Se emplearon una serie de filtros de búsqueda como la fecha de publicación y acceso a texto completo.

4 Resultados

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una de las enfermedades autoinmunes más conocida. Se trata de una patología inflamatoria sistémica de gran variedad clínica, siendo las afectaciones cutáneas, articulares y renales las más comunes. La incidencia del LES es mayor en mujeres jóvenes.

La evolución de la enfermedad se caracteriza por la aparición de períodos de exacerbación de los síntomas, signos clínicos y alteración de los parámetros de laboratorio, denominados brotes lúpicos. Es frecuente la aparición de síntomas inespecíficos (fiebre, astenia o pérdida de peso). Pueden aparecer lesiones cutáneas en el 85% de los pacientes (Rash malar en forma de alas de mariposa) y alteraciones articulares (artralgias). Algunos pacientes pueden desarrollar nefritis lúpica, enfermedad de Raynaud, inflamación de las láminas serosas (pleuritis o pericarditis), vasculitis, etc. A veces puede coexistir otras enfermedades autoinmunes sistémicas (conocido como síndrome de solapamiento), como por ejemplo con el síndrome de Sjögren (SS), el síndrome antifosfolípido (SAF), la artritis reumatoide (AR) o la esclerosis sistémica (ES), entre otras.

El estudio inmunológico es uno de los pilares fundamentales junto a la historia clínica y estudio de anatomía patológica (biopsia renal y cutánea) para el diagnóstico diferencial.

En el LES podemos encontrar distintos tipos de autoanticuerpos, destacando los anticuerpos anti-ADN de doble cadena (anti-ADNdc), encargados de reconocer el ADN nativo. Son muy útiles para el diagnóstico, ya que son muy específicos de esta enfermedad y se relacionan con la actividad de la enfermedad. Además, pueden aparecer los anticuerpos anti-Sm, que se encargan de reconocer los epítopos de las ribonucleoproteínas pequeñas nucleares (snRNPs) que intervienen en el procesamiento del ARN mensajero. Estos anticuerpos también son específicos de esta enfermedad, relacionándose con pacientes que han desarrollado nefritis lúpica.

Otros anticuerpos que pueden observarse son los anti-nucleosoma, que reconocen el nucleosoma (estructura que organiza la cromatina y está conformada por

el ADN y por las histonas).

Los anticuerpos anti-proteínas ribosomales reconocen tres fosfoproteínas presentes en el ribosoma (P0, P1 y P2) y se asocian con la actividad de la enfermedad, afectación renal y manifestaciones neuropsiquiátricas. Los anticuerpos anti-histonas van dirigidos frente a las proteínas que forman parte de los nucleosomas. Existe una fuerte asociación de los anticuerpos anti-histonas con el lupus inducido por fármacos (95% casos). En el caso del lupus medicamentoso, estos anticuerpos se negativizan tras la retirada del tratamiento. La presencia simultánea de anticuerpos anti-ADNdc, anti-nucleosomas y anti-histonas se han relacionado con nefritis lúpica grave.

Además, se ha descrito la presencia de otros anticuerpos, no específicos de LES, como los anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La, presentes en el 40% de los pacientes con LES. Los anticuerpos anti-fosfolípido (AAF) se detectan en el 30-40% de los pacientes con LES y su presencia está incluida como criterio clasificatorio. Se asocian a trombosis, abortos recurrentes, trombocitopenia y anemia hemolítica. Los AAF que se estudian en el laboratorio son el anticoagulante lúpico, los anticuerpos anti-cardiolipina (IgG e IgM) y anti- β 2-glicoproteína I (IgG e IgM).

En pacientes con LES es muy común observar una reducción de la actividad de la vía clásica del complemento (CH50) así como los niveles de los complementos (C3 y C4). Este descenso se debe a la fijación de complemento a los inmunocomplejos depositados en los tejidos en fases de actividad de la enfermedad. Tanto los anticuerpos anti-ADNdc como los factores C3 y C4 del complemento son buenos marcadores para el seguimiento de la enfermedad, ya que sus niveles varían en los períodos de actividad de esta e incluso antes de que comience el brote.

5 Discusión-Conclusión

Las EAI son enfermedades con una base multifactorial que suelen requerir la implicación de diversas especialidades clínicas, por ello, el laboratorio aporta información esencial tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de estos pacientes.

El laboratorio tiene la misión de contribuir a establecer el diagnóstico, estimar el pronóstico y monitorizar el tratamiento de los pacientes, ofreciendo información con utilidad clínica para el paciente.

En las enfermedades sistémicas se han descrito una gran variedad de autoanticuerpos. La presencia de estos es un hallazgo característico en muchas enfermedades autoinmunes y su detección contribuye a establecer el diagnóstico.

El inconveniente es la existencia de anticuerpos que no presentan un papel patogénico directo demostrado, si bien actúan como biomarcadores de la enfermedad, como ocurre con muchos de los Anticuerpos que reconocen componentes nucleares y citoplasmáticos que solo se exponen al sistema inmune durante procesos de muerte celular. Por otro lado, la presencia de determinados autoanticuerpos que aportan información adicional permitiendo establecer una correlación con fenotipos clínicos distintivos.

6 Bibliografía

1.-Mahler M, Andrade LE, Casiano CA, Malyavantham K, Fritzler MJ. Anti-DFS70 antibodies: an update on our current understanding and their clinical usefulness. *Expert Rev ClinImmunol.* 2019;15:241-250.

Capítulo 300

ESTUDIO DE LAS BANDAS OLIGOCLONALES (BOG) EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

AHLAM HACHMAOUI RIDAOUI

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante primaria crónica, autoinmune órgano-específica, del sistema nervioso central, caracterizada por la destrucción selectiva de la mielina mediada por procesos inmunológicos, que se manifiestan morfológicamente por lesiones inflamatorias focales (placas) y desmielinización con preservación relativa de los axones en la fase precoz, aunque empeoran en estadios más tardíos.

Es uno de los trastornos más frecuentes de los trastornos desmielinizantes, que suele aparecer en pacientes jóvenes (20-40 años) y la incidencia es 10-15/100000 habitantes. Su prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y constituye la mayor causa de discapacidad de origen neurológico en el adulto joven.

El estudio proteico del líquido cefalorraquídeo (LCR) es una fuente importante de información en distintos cuadros neurológicos. El volumen total de LCR en un adulto es 150 mL, de los cuales casi 30 mL se encuentran en el interior de los ventrículos cerebrales y 120 mL circulan por el espacio subaracnoideo. La composición del LCR es compleja, está formado principalmente por proteínas procedentes del plasma.

Las alteraciones en la concentración de las proteínas son debidas:

1. Aumento del paso de proteínas desde el plasma hacia el LCR (debido a la alteración de la barrera hematoencefálica o por obstrucción a la libre circulación del LCR).

2. Aumento de la síntesis o liberación de proteínas.

El estudio de las proteínas es útil en el diagnóstico y seguimiento de procesos neurológicos, ya que permite:

A. Evaluar el grado de afectación de la barrera hematoencefálica debido a una inflamación (aumento de la permeabilidad lleva a un incremento de la concentración de proteínas en LCR).

B. Detección de procesos que impliquen una respuesta inmune en el SNC.

C. Procesos degenerativos-destructivos del SNC, en los cuales exista una liberación de proteínas específicas desde el mismo hacia el LCR.

El análisis del LCR puede revelar anomalías típicas, aunque no específicas, para EM y puede incluir la presencia de bandas oligoclonales (BOG) de inmunoglobulinas (Ig) y/o elevación en la síntesis de IgG dentro del SNC.

2 Objetivos

Conocer la importancia del estudio de las bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo en el diagnóstico de la esclerosis múltiple (EM).

3 Metodología

La realización de este trabajo se basó en la búsqueda y revisión bibliográfica de diversos artículos científicos en distintas bases de datos (Medline, Scielo, PubMed, etc.). Se emplearon una serie de filtros de búsqueda como la fecha de publicación y acceso a texto completo.

4 Resultados

La respuesta inmune humoral intratecal y la detección de IgG oligoclonal en LCR es el signo patológico más frecuente en el SNC de pacientes con EM, además de uno de los tres pilares más importantes desde el punto de vista diagnóstico.

La presencia de bandas oligoclonales de IgG en el LCR sigue siendo la alteración inmunológica de mayor utilidad para el diagnóstico de la esclerosis múltiple. A su vez, la demostración de la síntesis intratecal de IgG oligoclonal puede ser identificada tanto por el incremento del índice IgG como por la detección de BOC en el LCR, esta última permite la identificación de la respuesta intratecal oligoclonal, cuando con otros métodos, sus valores están dentro del rango de normalidad.

La alteración del LCR más frecuente y específica en la EM consiste en el aumento de la síntesis intratecal de IgG, pudiéndose demostrar mediante tanto cuantitativa (aumento de la síntesis de IgG) como cualitativa (presencia de BOG).

El método principal usado con una elevada sensibilidad en la detección de BOG es el método de focalización isoelectrica en agarosa seguida de una inmunofijación (IFI) con IgG específica. Esta técnica consiste en la separación de las distintas especies moleculares sobre la base de su punto isoelectrico, seguida de una inmunofijación con un anticuerpo específico.

Los métodos cualitativos se basan en la detección de BOC de IgG, ya que la síntesis intratecal de IgG se debe a un número de clones de linfocitos B del SNC. Al separar las proteínas del LCR por isoelectroenfoque, se va a producir la visualización de un determinado número de bandas que se denominan patrón oligoclonal.

La inmunofijación seguida de una tinción permite la distinción de distintos patrones:

- Patrón policlonal en el suero y el LCR: No se detectan bandas oligoclonales ni en suero ni en LCR.
- Patrón de BOC idéntico en el suero y LCR (bandas en espejo).
- Patrón de BOC en el suero y LCR con bandas adicionales en este último.
- Patrón de BOC en LCR. Muy típico de EM.
- Patrón de BOC en suero.

Además, del estudio del patrón oligoclonal, también es fundamental conocer la concentración de albúmina e inmunoglobulinas, en especial, sus cocientes e índices entre el LCR y suero, ya que nos orientan de forma adecuada al diagnóstico de EM.

El índice empleado es el índice de Tibbling-Link o índice de IgG (permite detectar la existencia de síntesis intratecal de IgG). Se calcula dividiendo el cociente: IgG en LCR/IgG en suero entre el cociente albúmina en LCR/albúmina en suero. Un valor superior a 0,8 es patológico y se observa casi en el 85% de los pacientes con EM.

5 Discusión-Conclusión

La detección de BOC en LCR es una herramienta complementaria para el diagnóstico clínico de enfermedades neurológicas. La inmunofijación constituye el método cualitativo actual de mayor sensibilidad (superior al 90%) y una alta especificidad (85%) para el diagnóstico inmunológico del LCR y es esencial para la confirmación del diagnóstico clínico de esclerosis múltiple junto al resto de

pruebas clínicas complementarias.

Hay que destacar una prevalencia de bandas oligoclonales de IgG en el LCR de pacientes con el diagnóstico de EM se encuentra alrededor del 60% en la población, por ello, la importancia de un análisis correcto de las bandas oligoclonales.

6 Bibliografía

D.H. Miller, B.G. Weinshenker, M. Filippi, B.L. Banwell, J.A. Cohen, M.S. Freedman, et al. Differential diagnosis of suspected multiple sclerosis: A consensus approach. *Mult Scler*, 14 (2008), pp. 1157-1174.

Capítulo 301

ESTUDIO DEL PROTEINOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DEL MIELOMA MÚLTIPLE (MM)

AHLAM HACHMAOUI RIDAOUI

1 Introducción

El proteinograma es un método semicuantitativo de análisis, que emplea la electroforesis capilar, para separar las distintas proteínas en diferentes bandas electroforéticas. El estudio del proteinograma nos aporta información muy útil sobre las proteínas que se van separando y emigrando en cada una de las distintas bandas.

La utilidad clínica del proteinograma es conocer las principales alteraciones en los valores de las proteínas totales, que nos ayuda a establecer una sospecha clínica, que nos aportará información relevante para establecer un diagnóstico eficaz de las distintas gammapatías monoclonales.

Un proteinograma normal sin alteraciones en las distintas proteínas, se va a componer de 5 fracciones principales:

- Albúmina: Es la principal fracción más importante y mayoritaria, compuesta por la proteína más abundante en plasma, concretamente la albúmina.
- α -1 globulina: En este grupo se incluyen los distintos reactantes de fase aguda, principalmente la proteínas α 1-antitripsina, α 1-glucoproteína, transcortina, α 1-lipoproteína y α -fetoproteína.
- α -2 globulina: Esta fracción se encuentra formada por α 2- macroglobulina, la haptoglobina y la ceruloplasmina.

- β - globulinas: Se dividen en dos bandas, la β -1 y β -2, donde van emigrando las distintas proteínas como la transferrina, hemopexina y el complemento (C3 y C4).
- Gamma-globulinas (γ): Formada por las diversas inmunoglobulinas (IgG, IgM, IgA, IgD e IgE).

2 Objetivos

Conocer y estudiar la importancia del estudio de un proteinograma en el diagnóstico de patologías hematológicas como el mieloma múltiple (MM).

3 Metodología

La realización de este trabajo se basó en la búsqueda y revisión bibliográfica de diversos artículos científicos en distintas bases de datos (Medline, Scielo, PubMed, etc.). Se emplearon una serie de filtros de búsqueda como la fecha de publicación y acceso a texto completo.

4 Resultados

Existen varios procesos que pueden generar la alteración de las distintas bandas del proteinograma. Dependiendo del proceso, se producirá la alteración de una banda u otra.

- Banda albúmina: La elevación de esta fracción se produce en situaciones de deshidratación, mientras que la disminución se debe patologías como desnutrición crónica, hepatopatías y/o síndrome nefrótico.
- α -1 globulina: Las proteínas se elevan debido a procesos inflamatorios agudos.
- α -2 globulina: Se elevan en procesos inflamatorios agudos y en el síndrome nefrótico, mientras que la disminución se produce en procesos hemolíticos intravasculares e insuficiencia hepatocelular.
- β - globulinas: Aumentan en anemias ferropénicas (elevación de la transferrina) y disminuye en insuficiencia hepatocelular, anemias hemolíticas (principalmente el C3) y en lupus eritematoso sistémico (LES).
- Gamma-globulinas:

Hipergammaglobulinemia monoclonal: Se produce una curva con un pico específica, formada por un clon de células B, que pueden estar en un contexto de gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) o síndrome proliferativo

maligno como el mieloma múltiple, amiloidosis, macroglobulinemia de Waldenström, etc. En este caso se produce la elevación de un único tipo de inmunoglobulina.

Hipergammaglobulinemia policlonal: Se debe a la activación de sistema inmune humoral en procesos infecciosos, hepatopatías, enfermedades autoinmunes, caracterizándose por la elevación de varios tipos de inmunoglobulinas.

La aparición de un pico monoclonal puede ser debido a un desarrollo de una patología como el mieloma múltiple. El mieloma es una condición precancerosa que altera a determinadas proteínas en la sangre y/o aumenta las células plasmáticas en la médula ósea (MO). Se define de forma más precisa como la presencia de un componente monoclonal (CM) en suero IgG, IgM o IgA de al menos 3 g/dL y una proteinuria de Bence Jones (BJ) de al menos 500 mg/orina en 24 horas.

Los síntomas de un MM son variados, la mayoría de los pacientes presentan dolores óseos. Además, aparece anemia normocítica-normocrómica, infecciones recurrentes, alteraciones neurológicas, hemorragia, insuficiencia renal e hipercalcemia.

El tratamiento sólo es necesario en los casos de enfermedad sintomática (en presencia de hipercalcemia, alteraciones renales, anemia y/o lesiones óseas) o ante una enfermedad asintomática de alto riesgo.

En un laboratorio clínico se realizan determinadas pruebas que complementan al resto de estudios clínicos, permitiendo un diagnóstico más preciso. En primer lugar, es característico una hiperproteinemia debido a la síntesis excesiva de una inmunoglobulina monoclonal que se refleja en forma de una banda monoclonal en la región de las gammaglobulinas o de las beta-globulinas. Además, se realiza un frotis de sangre periférica, donde se puede observar hematíes en agrupación formando “pilas de moneda” (fenómeno de Rouleaux) y un aumento de células plasmáticas (CP).

Los principales factores de riesgo de mieloma múltiple son:

- Gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI): La mayoría de los MM aparecen tras un GMSI, esta última es producida por una ligera producción anormal de proteína monoclonal sin ningún síntoma y con el paso del tiempo, llegan a desarrollar un MM sintomático.

- Edad avanzada
- Predisposición genética
- Factores ambientales.

El tratamiento de primera línea se divide en dos grupos:

☒ Pacientes con buenas condiciones físicas: Quimioterapia con anticuerpos mon-

oclonales como Bortezomib junto a Melfalán y/o trasplante autólogo.

☒ Pacientes con comorbilidades previas: En estos casos se combinan por vía oral dosis de Melfalán junto a prednisona y en los casos más complicados, se tratan con nuevos medicamentos sometidos a ensayos clínicos.

El tratamiento en los casos de recaída y de la enfermedad refractaria va a depender del paciente (edad y estado de salud) y de los tratamientos previos a los que se han sometido. Normalmente, se recurre a trasplante alogénico o la participación en los ensayos clínicos.

5 Discusión-Conclusión

El mieloma múltiple (MM) es una enfermedad hematológica debilitante que forma parte de un conjunto de enfermedades que abarcan desde la gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) hasta leucemias agudas o crónicas. La proliferación descontrolada de la serie blanca interfiere en la producción normal de las células, produciendo la aparición de anemias, leucopenias, plaquetopenias entre otras.

El mieloma múltiple es una enfermedad que se caracteriza por presentar continuos síntomas recurrentes, por ello, es necesario realizar seguimientos médicos continuos a través de la realización de analíticas de sangre u orina, así como estudios radiológicos, estudios citoquímicos, estudios citológicos y/o biopsias medulares.

6 Bibliografía

Costa L, Wong S, Bermudez A, de la Rubia J, Mateos MV, Ocio E, et al. Interim results from the first phase 1 clinical study of the B-cell maturation antigen (BCMA) 2+1 T-cell engager (TCE) CC-93269 in patients (pts) with relapsed/refractory multiple myeloma (RRMM). EHA Library. 2020; 295025:S205.

Capítulo 302

VARIANTE EOSINOFÍLICA DEL CARCINOMA CROMÓFOBO DE CÉLULAS RENALES

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

1 Introducción

El carcinoma de células renales cromóforo (CCRC) es un subtipo distinto de carcinoma de células renales (CCR), que representa un 5 % de todos los tumores renales. Este subtipo se subdivide en dos variantes, clásica y eosinófila, siendo esta última variante menos frecuente.

La variante clásica está formada por células de tipo 3, que son células poligonales grandes con abundante citoplasma pálido y reticulado y con bordes citoplasmáticos bien definidos.

La variante eosinofílica está formada por células tipo 1 (citoplasma pequeño, sólido y ligeramente granular sin áreas translúcidas significativas) y células tipo 2 (citoplasma eosinofílico abundante más denso en la periferia con aclaramiento perinuclear).

El pronóstico para EVCRCC no difiere del tipo clásico.

El carcinoma cromóforo de células renales se describió por primera vez en 1985 y se cree que se deriva de las células intercaladas de los conductos colectores. Esta neoplasia ocurre en la segunda a octava década de vida. La multifocalidad ocurre en el 8 % de los casos.

Los tumores pueden estar presentes en los riñones bilaterales el 3 % de las veces. En general, los tumores suelen estar circunscritos con una superficie de corte homogénea de color marrón claro. El pronóstico es bueno y la tasa de mortalidad es del <10 %.

Los tumores que son más grandes en tamaño tienen áreas de necrosis y tienen cambios sarcomatoides esporádicos, pero los casos familiares pueden estar asociados con el síndrome de Birt-Hogg-Dubbé, un trastorno autosómico dominante que incluye tumores benignos de la piel (marcas cutáneas, fibrofoliculomas), neoplasias epiteliales renales (carcinoma cromóforo de células renales, oncocitoma) y neumotórax espontáneo.

Presentamos dos casos de la variante eosinofílica del carcinoma cromóforo de células renales diagnosticados en nuestra comunidad entre enero de 2009 y diciembre de 2013.

Microscópicamente, la variante clásica se caracteriza por grandes células pálidas con membranas celulares engrosadas que se asemejan a las paredes celulares de las plantas. Sin embargo, hacer un diagnóstico adecuado puede ser complicado en los casos de la variante eosinofílica, donde el tumor está compuesto puramente de células oncocíticas.

2 Objetivos

- Revisar las características histopatológicas del CCRC.
- Exponer dos casos clínicos diagnosticados en nuestra comunidad entre enero de 2009 y diciembre de 2013.

3 Caso clínico

CASO 1

Un hombre blanco de 75 años con un historial médico complicado se presentó en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor con un debilidad, mareos y dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho durante los últimos 4 días.

Los resultados de laboratorio fueron significativos para creatinina 1,3 mg/dl, calcio 7,9 mg/dl, recuento de glóbulos blancos 7500/mm³, hemoglobina 9,8 mg/dl, hematocrito 29,8 % y plaquetas 130.000/mm³.

La tomografía computarizada reveló una masa de 1,9 cm en el polo superior del riñón derecho, y posteriormente se realizó una nefrectomía parcial derecha.

Macroscópicamente, la muestra de nefrectomía parcial contenía una masa de 1,9 cm bien circunscrita, de color caoba.

Microscópicamente, el tumor albergaba nidos de células eosinófilas granulares (oncocíticas) en una red trabecular con núcleos arrugados, atipia nuclear mínima y áreas con halos perinucleares. El tumor se limitó al riñón. Las células tumorales fueron inmunohistoquímicamente reactivas a CK7 y fueron negativas para vimentina.

Esta masa fue clasificada como EVCRCC. No se identificaron características sarcomatoides ni necrosis. Los márgenes de resección fueron negativos para carcinoma.

CASO 2

Una mujer negra de 69 años se presentó en la sala de urgencias después de un episodio sincopal. Se planificó un estudio adicional con la evaluación de imágenes de resonancia carótida y magnética; Sin embargo, una masa renal del polo inferior se descubrió incidentalmente en el riñón izquierdo en la tomografía computarizada. Posteriormente se realizó una nefrectomía radical izquierda.

La sección a través del riñón izquierdo reveló una masa homogénea de color canela claro que mide 3,4 cm en su mayor dimensión. Microscópicamente, el tumor estaba compuesto por nidos a láminas de células poligonales con citoplasma granular eosinofílico y bordes celulares muy nítidos y distintos. Los núcleos y nucléolos indistintos en formación de halo alrededor de los núcleos.

Las células tumorales fueron inmunohistoquímicamente positivas para CK7, CD117 e hierro coloidal de Hale. Este tumor fue diagnosticado como EVCRCC. Los márgenes de resección fueron negativos para el tumor. No se identificaron características sarcomatoides ni necrosis.

4 Discusión-Conclusión

Aunque el CCRC se asocia a un mejor pronóstico, el comportamiento agresivo se ha observado en algunos casos, siendo su diagnóstico preciso difícil en algunos casos, especialmente cuando el tumor está compuesto puramente por células eosinófilas granulares (oncocíticas).

Los estudios histopatológicos sobre la variante eosinofílica no se han descrito completamente debido a que los hallazgos histológicos son similares a los de oncocitoma. Las tinciones histoquímicas e inmunohistoquímicas pueden ser útiles en algunas situaciones, pero hasta ahora ningún marcador puede distinguir de manera segura entre el oncocitoma y el CCCR, particularmente la variante eosinofílica.

También podría explicarse por el hecho de que estos dos tumores pueden compartir una célula común de origen en la nefrona distal, es decir, en las células intercaladas de los conductos colectores.

El análisis microscópico electrónico se considera el único método definitivo para distinguir sólidamente estas dos entidades.

5 Bibliografía

1. Thoenes W, Störkel S, Rumpelt HJ. Carcinoma renal de células cromóforas humanas. Arco de Virchows patol de células B incl mol pathol.
2. Störkel S, Steart PV, Drenckhahn D, Thoenes W. El carcinoma renal de células cromóforas humanas: su probable relación con las células intercaladas del conducto colector. Virchows arco B célula pathol incl mol pathol.
3. Mostofi FK, Davis CJ. Organización Mundial de la Salud Clasificación Histológica Internacional de Tumores. 2ª ed. Berlín: Springer; 1997. Tipificación histológica de tumores renales.

4. Parada DD, Peña KB. Carcinoma cromóforo de células renales con diferenciación neuroendocrina. *APMIS*. 2008.
5. Cohen D, Zhou M. Genética molecular de los síndromes familiares de carcinoma de células renales. *Clin Lab Med*. 2005.
6. Kovacs A, Kovacs G. Genes cromosomas cáncer. 1992.
7. Martignoni G, Pea M, Chilosì M, Brunelli M, Scarpa A, Colat C, Tardanico R, Zamboni G, Bonetti F. La parvalbúmina se expresa constantemente en el carcinoma renal cromóforo. *Mod Pathol*. 2001.
8. Yeshvanth SK, Permi HS, Laaxminarayana KP, Shrinivas T, Shetty JK. Dos casos de carcinoma de células renales con cromofobia variante eosinofílica, con una rara asociación de mixoma auricular derecho en uno de ellos. *J Lab Médicos*. 2011.

Capítulo 303

CITOMETRIA DE FLUJO PARA EL CONTAJE DE CÉLULAS EN LABORATORIO DE URGENCIAS

SANDRA MORENO PEREZ

1 Introducción

La citometría de flujo es una rápida herramienta que a su vez es muy confiable para poder decir el origen de la célula si fuese monotípico o politípico.

De esta manera nos permite analizarlo para poder obtener información sobre ellas dependiendo de las proteínas que expresen las diferentes células.

Es una herramienta indispensable para poder diagnosticar todo tipo de patologías hematológicas. Nos facilita de una manera muy rápida la evaluación de dichas proteínas en las membranas de las células.

La citometría de flujo nos permite distinguir de forma económica y rápida el linaje a la cual pertenecen estas células blastoides.

El tipo de muestra que utilizamos para poder analizarlo mediante citometría de flujo suele ser sangre periférica y medular, aunque por otro lado también se suelen analizar líquidos serosos como son el líquido cefalorraquídeo, el líquido pleural y el líquido ascítico.

Es una técnica que se desarrolló por Wolfgang Göhde en 1968 en la universidad de Münster y podemos tener resultados en 24-48 horas, así que podemos tener un claro resultado en un máximo de 15 días.

Así que vista la importancia que tiene la citometría de flujo para las diferentes decisiones médicas de cara al tratamiento, y sobre todo su pronto diagnóstico, procederemos a explicar como funciona la citometría de flujo y qué importancia tiene para el laboratorio de hematología clínica.

2 Objetivos

Describir la técnica de citometría de flujo para el conteo de células en laboratorio 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 clave de la citometría de flujo para el diagnóstico de las enfermedades hematológicas está en que permite diferenciar claramente el tipo de célula que estamos tratando.

La citometría de flujo es un método basado en la luz láser, que se utiliza para el recuento y la clasificación dependiendo de las características morfológicas, se observa que estén presentes ciertos biomarcadores y también en la ingeniería proteica nos puede ayudar.

El funcionamiento de la citometría de flujo consiste en hacer pasar mediante un fluido una cantidad de células dentro de una cámara hacia un haz de luz. Como para poder realizarlo necesitamos sobre todo que este proceso sea en medio líquido, aplicamos una propiedad hemodinámica. Lo que sucede es que se inyecta la muestra a través de una corriente envolvente, gracias a todo este proceso anterior lo que se consigue es alinear las diferentes células, una detrás de otra, para poder asegurarnos que la luz incida sobre cada una de las células.

El sistema óptico que utiliza este método está compuesto por filtros y láseres que lo que hacen es iluminar las células y consiguen que las señales que llegan a los detectores se puedan medir, con lo que al final estamos midiendo luz dispersada. Estamos hablando que dependiendo del tamaño de la célula y la granularidad de ella aparecerán en la gráfica según sus características.

Con lo cual cuando el haz de luz se refleja de forma frontal obtendremos lo que se denomina FSC "forward scatter" y lo que conseguimos saber con este parámetro es el tamaño de la célula y por el otro lado de la gráfica lo que vamos a observar es su granularidad (SSC).

De esta manera lo que sucede al introducir un tubo en el analizador de citometría de flujo, lo que conseguimos es que se generen diferentes tipos de gráfica.

Por un lado, podemos observar la gráficas que son de densidad, que nos pueden llegar a poder diferenciar tipos de linfocitos. también trabajamos con histogramas que lo que hacen es confrontar la intensidad con la cual se expresa el marcador que se le ha puesto a la célula frente a el número de veces que pasa.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos expuesto la citometría de flujo es de gran ayuda a la hora de las leucemias de forma muy relevante. Una vez que aparece un diagnóstico previo de leucemia, las manifestaciones clínicas suelen ser similares, con lo cual para poder diferenciar de una manera exacta que tipo de leucemia estamos tratando, ya que dependiendo del tipo que estemos tratando nos beneficiara un fármaco y no otro. La citometría de flujo nos ayuda no solo a ver parámetros del núcleo de la célula, como del citoplasma, y gracias a los diferentes marcadores de las células, podremos valorarlo de una forma más certera.

6 Bibliografía

1. <https://lch.co/citometriadeflujo/#::text=La%20citometr%C3%ADa%20de%20flujo%20es,y%20otras%20enfermedades%20hematopoy%C3%A9ticas%207>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 304

TUMORES DEL SACO VITELINO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

1 Introducción

El tumor del saco vitelino (TSV) es un tipo de neoplasia de células germinales compuesta por células/estructuras que recuerdan al saco vitelino embrionario/fetal, alantoides y mesénquima extraembrionario.

Los TSV, conocidos también como “tumores endodérmicos primitivos” o “tumores malignos del seno endodérmico”, son tumores malignos de células primitivas. Fue descrito por primera vez por Gunnar Teilum y posteriormente por Aleksander Talerman .

Su causa es desconocida, aunque según algunos estudios, podría estar relacionada con la patogénesis de esta enfermedad la hipermetilación del gen RUNX3 y la sobreexposición de GATA-4.

Los TSV son poco comunes en ambos sexos y pueden encontrarse en ovarios, testículos y otras partes del cuerpo. Se pueden encontrar en forma pura o mezclados con otros tumores germinales como el teratoma o el carcinoma embrionario.

En niños es la neoplasia testicular más común, con una incidencia del 30 % de los tumores de células germinales de este grupo de edad, con una edad media de

diagnóstico de 18 meses. Por lo general, los niños tienen tumores puros del saco vitelino y su pronóstico es bueno.

En los adultos, los TSV suelen presentar tumores mixtos de células germinales y aparecen entre los 20 y 30 años de edad.

Los TSV son poco comunes en el ovario y representan el 15 % de los tumores de células germinales del mismo. Aparecen en las primeras etapas de la vida y rara vez después de los 19 años.

Aproximadamente, el 60 % de los TSV ovárico se presenta en forma pura y el 40 % aparece con tumores mixtos.

Macroscópicamente, los TSV son masas blandas y sólidas, de color tostado a amarillo o gris, con apariencia mucóide, y es frecuente la aparición de notables necrosis, cambios quísticos y hemorragias.

Microscópicamente, los TSV están formados por células tumorales primitivas, con muchos tipos histológicos, incluidos microquístico/reticular, particular, sólido, festón, polivesicularvitelino, glandular, intestinal, endometroide, parietal, tubular y hepatoide.

El patrón microquístico-reticular es el más común, formado por citoplasma vacuolado de células tumorales con apariencia de panal. El cuerpo de Schiller-Duval es indicativo de los TSV, con estructura de glomérulo, con núcleo fibrovascular. Estos únicamente están presentes en dos o tres cuartas partes de estos tumores y sólo se observan en el tipo papilar.

Los pacientes con TSV presentan signos y síntomas según la ubicación del cáncer, como pueden ser la fatiga, la dispepsia, el dolor de espalda, la dispareunia, constipación, cambios en el periodo (menorragia o metrorragia) o la hinchazón abdominal con pérdida de peso.

2 Objetivos

- Describir la epidemiología de los TSV.
- Revisar la fisiopatología de los TSV.
- Explicar la evaluación y tratamiento de los pacientes con esta enfermedad.

3 Caso clínico

El tumor del saco vitelino (TSV) es el tumor de células germinales más común en bebés y niños y la mayoría aparece en las gónadas.

Un bebé de 2 años y medio de edad e historial de testículo izquierdo con criptorquidia, llega al servicio de urgencias pediátrico con sus padres, presentando síntomas de malestar estomacal, como náuseas y vómitos. Su madre indica a la doctora que el niño también se queja de dolor en el abdomen. Tras explorarlo la doctora aprecia hinchazón abdominal. Tras explorarlo más detenidamente y consultar su historial, también observa una pérdida de peso.

El niño es ingresado en el hospital para realizarle analíticas y una tomografía computarizada (TC). Tras la realización de las dichas pruebas, los médicos pueden observar la presencia de una masa en el lóbulo hepático derecho, con gran cantidad de líquido ascítico. La presencia de este líquido había dificultado el diagnóstico final de este niño, viendo finalmente una masa que definía las características de un hepatoblastoma.

Días más tarde, se le realizó una citología por aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por TC de la masa hepática, diagnosticándose tras su tinción, las características de un tumor del saco vitelino. Los niveles elevados de Alfa Fetoproteína (AFP) en suero corroboraron el diagnóstico citológico.

El tratamiento indicado fue la realización de una orquiectomía izquierda y quimioterapia de los ganglios linfáticos retroperitoneales, tras haber aparecido los marcadores tumorales elevados después de realizarse la cirugía. El número de ciclos se determina después de la estratificación del riesgo (bueno, intermedio o malo). Posteriormente, se le realizó un seguimiento mediante la medición de los valores séricos de AFP.

Si el tratamiento no hubiese respondido adecuadamente y hubiese resistencia al cáncer, se tendría que haber practicado la orquiectomía inguinal radical, quimioterapia en dosis altas y trasplante de médula ósea.

4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de los TSV depende de la historia clínica, el examen físico, los estudios de imágenes y la química sanguínea.

Los TSV aparecen en la TC y la RM como una gran masa quística con hemorragia intertumoral.

La tinción inmunohistoquímica es muy importante, ya que casi todos los casos tienen la tinción positiva para alfafetoproteína (AFP), la cual es específica del tumor del saco vitelino, aunque se puede observar en otros cánceres como el carcinoma hepatocelular.

La AFP se puede medir en el tejido tumoral, suero, líquido cefalorraquídeo, orina y líquido amniótico.

El tratamiento actual del TSV es la cirugía y la quimioterapia. El tratamiento con cisplatino, etopósido y bleomicina ha mostrado una buena respuesta en la mayoría de los pacientes.

El régimen de tratamiento depende de los TSV testicular depende del estadio del cáncer y de la edad del paciente en el momento de la presentación. La mayoría de los niños con tumores del saco vitelino presentan enfermedad en etapa 1. En la mayoría de los casos está indicada la orquiectomía y la quimioterapia de los ganglios linfáticos retroperitoneales con la posterior medición de los valores séricos de AFP. La mayoría de los pacientes pediátricos con metástasis o recurrencia pueden tratarse con un régimen de quimioterapia, teniendo resultados positivos.

Los TSV de ovario, concretamente en mujeres posmenopáusicas, necesitan un tratamiento quirúrgico del cáncer con quimioterapia, indicada en las primeras etapas de esta enfermedad.

5 Bibliografía

- Arumugam D, Thandavarayan P, Chidambaram L, Boj S, Marudasalam S. Tumor primario del saco vitelino nasofaríngeo: informe de un caso. J Clin Diagn Res. Mayo de 2016
- Futagami M, Yokoyama Y, Shigeto T, Mizunuma H. Un caso de tumor recurrente del saco vitelino como sarcoma de células fusiformes de la pared abdominal. Eur J Gynaecol Oncol. 2010
- Stang A, Trabert B, Wentzensen N, Cook MB, Rusner C, Oosterhuis JW, McGlynn KA. Tumores de células germinales gonadales y extragonadales en los Estados Unidos, 1973-2007. Int J. Androl. Agosto de 2012

Capítulo 305

TUMOR DE CELULAS GERMINALES

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

1 Introducción

Las células germinales son células presentes durante la formación de los aparatos reproductores del feto. Son células encargadas de la formación de los óvulos en el sexo femenino y espermatozoides en el sexo masculino. Cuando se produce una anomalía durante la proliferación, desarrollo y maduración de dichas células, pueden viajar, diseminar y formar tumores a lo largo del todo el organismo del feto y dentro de los propios aparatos reproductores. Las zonas más diseminadas por estas células suelen ser el cerebro, cuello y pecho.

Los tumores que forman estas células se suelen detectar entre los 2 y 5 años de edad, extendiéndose hasta los 25 años de edad. Es debido a que durante el embarazo se está formando el tumor en el feto y es casi imperceptible para las pruebas diagnósticas que se realizan durante el proceso.

Existen varios tipos de tumores de células germinales;

- Tumores germinales gonadales, se desarrollan dentro del aparato reproductor del feto.
- Tumores germinales extragonadales, se originan en el aparato reproductor pero viajan y se diseminan fuera de el.

- Tumores germinales intracraneales, se originan en el aparato reproductor pero viajan y proliferan en el cerebro.

Los síntomas se suelen expresar en forma de dolor en la zona del aparato reproductor, dolor abdominal, dificultad respiratoria, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer a partir de un estudio de casos los tipos de tumores que forman las células germinales, su tratamientos e incidencia a nivel nacional e internacional.

3 Caso clínico

CASO 1

Presentamos caso clínico de varón de 6 años que presenta pequeño abultamiento en testículo izquierdo, sin dolor a la palpación. El facultativo en primera instancia le pauta antiinflamatorios y observación en las siguientes semanas. Pasado un mes tuvo un cuadro de dolor en testículo izquierdo, por lo que se decide solicitar una analítica completa sanguínea y una ecografía testicular. Los resultados revelan una masa tumoral de 4cm por lo que se interviene quirúrgicamente mediante una orquiectomía radical inguinal izquierda.

El material obtenido se remite al servicio de Anatomía Patológica, donde se realiza el estudio exhaustivo de la pieza y se emite el informe con datos que revelan que corresponde a un tumor de células germinales en Estadio I, sin invasión al epidídimo y cordón espermático. El paciente no recibe tratamiento adyuvante, sólo revisiones periódicas.

CASO 2

Presentamos caso clínico de varón de 10 años que presenta dolor en ambos testículos y con 5 días de evolución. Se realiza ecografía testicular que revela varias masas nodulares en ambos testículos siendo la masa de mayor tamaño 4.2 cm en el testículo derecho, compatibles con neoplasias testiculares. Se realiza al paciente un estudio de marcadores tumorales, los cuales reflejan valores altos de la beta-HCG.

Se decide intervenir quirúrgicamente mediante una orquiectomía radical derecha y control evolutivo de las masas en el izquierdo. El material obtenido se remite al servicio de Anatomía Patológica, donde se realiza el estudio exhaustivo de la

pieza y se emite el informe con datos que revelan que corresponde a una neoplasia intratubular de células germinales en Estadio I.

Se realiza resonancia magnética al paciente a los 6 días posteriores a la cirugía y se descarta la diseminación en el resto del organismo. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con radioterapia para frenar el avance de las pequeñas masas tumorales en el testículo izquierdo.

4 Discusión-Conclusión

La incidencia de los tumores de células germinales es escasa en nuestro país, cerca de un 8% de el total de neoplasias malignas que existen actualmente. El índice de supervivencia es bastante alto ya que tan sólo el 1% de los pacientes afectados causan la muerte. Siendo en los varones donde existe mayor incidencia hasta los 25 años, ya que dichos tumores se diagnostican desde edades muy tempranas (desde los 2 a 25 años), a partir de los 25 años la incidencia es muy escasa.

A nivel mundial la cifra de casos diagnosticados en el año anterior fueron 9.000 casos, teniendo en cuenta que es a nivel mundial se puede decir que es un tipo de tumor con baja incidencia en la población.

5 Bibliografía

1. Campoverde SSG, Lazo JMQ, de Lourdes Sarmiento León V, Cruz MLS. Caso Clínico: Tumor Testicular Germinal Puro Subvariedad Tumor de Saco Vitelino (Yolk Sac). Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga [Internet]. 2016 [citado el 4 de septiembre de 2023];8(3):268–72. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/248>
2. Villalon EA, López AB, Castellanos JEC, Bueno RHR, Marrero MÁR, Espinosa YLM. Comportamiento atípico de un tumor testicular de células germinales. Rev Cuba Oncol [Internet]. 2020 [citado el 4 de septiembre de 2023];18(3). Disponible en: <https://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/43>
3. Abelleira R, González R, Ramón Pérez J, Rivera A, Carlos Álvarez J, Martínez Pérez-Mendaña J. Tumores de células germinales del ovario: disgerminoma y gonadoblastoma. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2006;49(9):526–31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501306726462>
4. Cañís D, Conde Santos G, Alonso Gracia N, De León Morales E, Arango Toro O, Gelabert Mas A. Actitud diagnóstica y terapéutica en el tumor germinal bilateral. presentación de un caso y revisión de la literatura. Actas Urol Esp [Internet].

2003;27(2):147–51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480603728939>

Capítulo 306

DETECCIÓN DEL PARÁSITO TOXOPLASMA GONDII. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOXOPLASMOSIS

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

1 Introducción

La toxoplasmosis es una patología causada por un protozoo parásito denominado *Toxoplasma gondii*. Descubierto en 1908 por Charles Nicolle y Louis Manceux, en el Instituto Pasteur de Túnez.

Es un protozoo parásito, un organismo unicelular, eucariota, apicomplejo que ha adoptado una forma de existencia intracelular obligada. Es capaz de invadir cualquier célula nucleada o tejido del cuerpo, multiplicándose en su interior y destruyendo así el tejido afectado.

Este parásito invade el citoplasma de las células y se multiplica como taquizoito de forma asexual. Una vez que el huésped ha desarrollado inmunidad, se detiene el desarrollo de taquizoitos empezándose así la formación de quistes tisulares. Éstos últimos persisten en estado de latencia durante años, especialmente en el músculo, encéfalo y ojos. Estas formas latentes reciben el nombre de bradizoitos. *T.gondii* también tiene una forma de reproducción sexual, la cual solo se da en el tubo digestivo de los gatos, donde los ovoquistes resultantes se eliminan a través de las heces y pueden conservar durante varios meses su capacidad infecciosa en el medio húmedo.

En cuanto a su diagnóstico, se suele hacer normalmente mediante pruebas serológicas. Si una persona ha sido infectada, se realizan pruebas que miden la inmunoglobulina G (IgG). Para estimar el tiempo de infección se utilizan pruebas que miden inmunoglobulinas M (IgM), muy útil e importante para las mujeres embarazadas.

Actualmente la técnica más usada es la técnica ELISA y la Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) es la aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las personas asintomáticas no suelen necesitar en tratamiento. Se utiliza pirimetamina (antagonista del ácido fólico, evita que el cuerpo absorba folato) y sulfadiazina. Si el paciente es alérgico a las sulfanamidas se le tratará con pirimetamina y clindamicina o citovacuona.

Es interesante hacer una especial mención a embarazadas e inmunodeprimidos ya que, al presentar un estado inmune deficiente, pueden llegar a desarrollar la forma más grave de esta enfermedad, puede llegar a una transmisión congénita de la parasitosis al feto o incluso a su muerte (aborto) o a la del paciente.

Estos últimos casos dan importancia a la revisión del tema debido a que esta enfermedad en un individuo sano es asintomática, pero en el caso de inmunodeprimidos y embarazadas nos permiten estudiar la forma más grave de la enfermedad, y ampliar así los conocimientos, unificándolos con los previos de parasitología general.

2 Objetivos

- Aumentar la información existente sobre la toxoplasmosis, analizando distintos puntos de la enfermedad.

- Exponer los mecanismos de contracción del toxoplasma por el hombre y los tipos de toxoplasmosis que conocemos actualmente.
- Desarrollar las técnicas de detección del T.gondii 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, en las cuales se ha realizado una selección de documentos que responden al objetivo.

Los términos utilizados para la búsqueda fueron: “toxoplasma gondii”, “epidemiología”, “toxoplasmosis congénita”, “transmisión vertical”, etc...

4 Resultados

La toxoplasmosis es una zoonosis causada por un parásito intracelular, *Toxoplasma gondii*, que tiene la capacidad de infectar al hombre y a la mayoría de los animales de sangre caliente. Su relación parásito (*T.gondii*) - hospedador puede ser de dos tipos; con hospedadores definitivos o intermediarios. En el primer caso el parásito alcanza la etapa reproductiva, teniendo como un ejemplo generalizado de este parásito al gato, el cual es el mayor transmisor al ser humano por su gran contacto. Sin embargo, el hospedador intermediario es el organismo donde el parásito cumple parte de su ciclo de vida. En este último encontramos como ejemplo más de 200 especies de vertebrados; insectos, aves, primates, marsupiales, felinos y el humano.

En cuanto a las manifestaciones, varían según la inmunocompetencia del individuo; desde cursar de manera asintomática en individuos con un sistema inmune competente, hasta poder causar la muerte en personas inmunocomprometidas.

El parásito puede diseminarse a través del torrente sanguíneo y alcanzar uno o más órganos, dando origen así a los tipos específicos de toxoplasmosis:

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: Sucede durante el embarazo, cuando se in-

fecta al bebé estando aún en el útero. En este periodo, la toxoplasmosis puede tener unas consecuencias para el bebé que varían según en qué momento de embarazo se produce la infección. Si ésta se produce cerca del nacimiento puede darse anemia, ictericia, convulsiones, inflamación ocular, aumento del hígado y alteraciones cardíacas y respiratorias.

El incremento de posibilidades de contagio en el feto se produce según la fase del embarazo, siendo mayor en el transcurso del tercer trimestre. Antes bien, la afectación fetal aumenta si el momento de infección se produce durante las primeras semanas del embarazo y va disminuyendo según transcurre la gestación.

TOXOPLASMOSIS ADQUIRIDA: Infección dada por la ingesta de alimentos crudos o poco cocinados infectados de quistes maduros de *T.gondii*. También puede darse por una mala higiene de manos o ingesta de alimentos contaminados con heces de gato infectadas por el protozoo. Puede adquirirse también mediante transfusiones, trasplantes o autoinoculación accidental (accidente biológico).

TOXOPLASMOSIS OCULAR: Sucede cuando la infección llega al ojo, afectando la retina y causando inflamación, seguida probablemente de ceguera si no es tratado a tiempo. Suele deberse a la infección congénita reactivada. Los pacientes, aun siendo tratados pre y postnatalmente, pueden presentar recaídas. El seguimiento de la enfermedad en periodos posteriores y durante la pubertad es fundamental para evaluar resultados a largo plazo.

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL O MENINGOENCEFÁLICA: Este tipo es frecuente en diagnosticados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y suele ir relacionada con la reactivación de los quistes de *T.gondii* en personas que fueron diagnosticadas y tratadas sin llegar a eliminar el parásito del organismo, lo que lo permite a llegar al sistema nervioso, es decir, personas con la infección latente.

En relación a esto y respecto a las funciones del técnico superior de laboratorio, nuestro papel es el diagnóstico del parásito *T.gondii*, entre otros.

El diagnóstico de la toxoplasmosis, hasta la aparición de las técnicas de biología molecular (como la reacción en cadena de la polimerasa), se basaba, de manera casi exclusiva, en la detección de anticuerpos específicos en suero. Las técnicas de cultivo celular e inoculación al ratón eran reservadas para las infecciones graves.

En cuanto a los métodos directos de detección del parásito, la coloración de Sabin y Feldman fue la primera técnica para el diagnóstico de la toxoplasmosis. Basada en visualizar taquizoitos del líquido peritoneal de ratones inoculados con suero y otro tipo de espécimen corporal del paciente. El uso de esta prueba está restringido a solo unos pocos centros en todo el mundo debido a que requiere de disponibilidad de animales de laboratorio y un personal entrenado en técnicas de coloración, normas de bioseguridad e interpretación de resultados. En la actualidad está limitado su uso como estándar de referencia en investigaciones de evaluación y desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas.

Otra técnica directa es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En ella se determina la presencia de ADN de *T.gondii* en las muestras, siendo estas fluidos y tejidos corporales. Técnica muy útil a la hora de diagnosticar infección congénita a partir de orina del neonato, líquido amniótico o sangre. Puede realizarse esta prueba en humor acuoso o vítreo para diagnosticar un caso inespecífico o complicado de toxoplasmosis ocular. A partir del líquido cefalorraquídeo (LCR) se puede diagnosticar encefalitis toxoplásmica en pacientes con SIDA. También es aplicable para identificar la primoinfección en individuos con VIH mediante la evaluación de cualquier espécimen corporal.

Por otro lado, el objetivo de los métodos indirectos es la determinación de IgM, IgG e IgA mediante pruebas serológicas, utilizando la técnica de ELISA en placas con Ag fijados totales o fraccionados del parásito. Estos métodos poseen una especificidad y sensibilidad mayores del 90%.

Cuando una persona queda expuesta al *T.gondii*, su sistema inmunitario responde produciendo anticuerpos contra el parásito, siendo estos detectables en sangre. Según la presencia del anticuerpo sabremos la etapa de la enfermedad:

- IgG: La presencia de estos anticuerpos implica un contacto paciente-parásito en algún momento. Una infección reciente presentará títulos elevados, aunque no puede considerarse un diagnóstico definitivo. El hecho de evidenciarse un aumento del título de IgG entre muestras separadas 3-4 semanas si es diagnóstico de infección reciente.
- IgM: Marcador de fase aguda de la enfermedad. Es posible evidenciar títulos de IgM anti *Toxoplasma* tras meses o incluso años de la primoinfección. Este hecho ha cambiado el concepto de manera crucial; el principal valor de las IgM indica que, su ausencia descarta la infección reciente y, por el contrario, su presencia implica la necesidad de continuar con el estudio del paciente.

- IgA: También se considera marcador de fase aguda. Al igual que la IgM, estos anticuerpos pueden permanecer positivos tras varios meses de la primoinfección, aunque el IgA residual es mucho menor. La cinética de producción de ambos anticuerpos en adultos es casi paralela, aunque la IgA aparece más tarde y desaparece de manera más precoz.

- IgE: Algunos estudios indican que este tipo de anticuerpo aparece al inicio de la enfermedad y desaparece más rápido que los de tipo IgA o IgM. Aunque, por el momento, esta técnica no está comercializada y por ello la experiencia para saber lo que puede aportar al diagnóstico es mínima.

El riesgo de infección puede reducirse de las siguientes maneras:

- Lavar diariamente con detergente y agua caliente las casas donde se conviva con gatos, así como las cajas utilizadas para sus heces.
- Lavarse las manos con jabón tras el contacto con tierra posiblemente infectada o arena.
- Lavarse las manos antes de comer
- Hervir agua y leche antes de servirla al felino, eliminando así las formas infectivas de *T.gondii*.
- Cocer las carnes y evitar su consumo crudo
- Consumir agua potable, filtrada o mineral
- Lavar frutas y verduras previa ingesta para eliminar posibles ooquistes en su superficie. Para ello utilizaremos una solución de 1L de agua y 1 cucharada de bicarbonato de sodio, dejándola actuar durante 15 minutos.
- Lavar bien los utensilios de cocina en agua caliente y jabón.

Debe resaltarse que una vez infectado, el gato sólo elimina los ooquistes durante la fase aguda de la infección (unos pocos días), hasta cuando se establece la inmunidad celular específica. Por ello no es epidemiológicamente útil el sacrificio de gatos con el fin de reducir la incidencia de la toxoplasmosis humana.

Se puede proceder a la vacunación de los hospederos, tanto definitivos como intermediarios, para establecer una inmunidad humoral protectora contra *T.gondii*. Una primera vacuna para los gatos, intentando así evitar la excreción de ooquistes. A pesar de los intentos de desarrollar una vacuna efectiva, actualmente no existe ninguna ni para personas, ni para animales.

El parásito *T.gondii* está muy bien adaptado biológicamente a sus hospederos. Establece una relación en la que el parásito se replica hasta acabar garantizando un estadio de latencia sin llegar a amenazar la vida del hospedero. Solo se ob-

servan manifestaciones clínicas en el hombre si los pacientes tienen un déficit o inmadurez de la inmunidad celular o en los casos en los que el parásito se aloja en la retina del hospedero.

Normalmente, un individuo inmunocompetente, no requiere tratamiento para la infección adquirida. Si el sistema inmunológico de la persona está dañado por una infección por el VIH, está recomendado el tratamiento con estos fármacos junto con atavaquona para la quimioprofilaxis.

Si el individuo es una mujer embarazada, es necesario un tratamiento, tenga o no molestias, con la finalidad de evitar la transmisión vertical (de madre a hijo). Para ello se utiliza espiamicina y pirimetamina. El tratamiento de las infecciones agudas durante el embarazo reduce el riesgo de infección en el feto en aproximadamente un 50%.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico de laboratorio es clave dentro del equipo sanitario para el diagnóstico de *Toxoplasma gondii*.

La toxoplasmosis es una enfermedad de gran importancia, aún más en los últimos años con el aumento de las personas que reciben terapia inmunosupresora e infectadas por VIH. El gato doméstico es el hospedero definitivo que permite la existencia de esta afección debido a su activa participación en el ciclo biológico de *T.gondii* mediante la excreción de ooquistes (que son las formas del parásito que producen infección). El hecho de tomar unas medidas de prevención adecuadas disminuirá la transmisión de la enfermedad.

El diagnóstico de la infección parasitaria y su interpretación para un correcto tratamiento, el cual, cuanto más temprano se aplique, más posibilidades tendrá el paciente de paliar la enfermedad, varían según el escenario clínico de esta. Los métodos de diagnóstico, como bien hemos dicho antes, son directos (PCR) e indirectos, siendo este último el más utilizado por lo general.

En los resultados pueden aparecer IgG, IgM, IgA e IgE. La presencia del primer tipo de anticuerpos indica un contacto paciente-parásito reciente. Por el contrario, si encontramos un resultado con IgM positivo, sabremos que existe la necesidad de continuar con el estudio de la infección ya que es un marcador de fase aguda.

6 Bibliografía

- 1.- Marie, C., & Petri, W. A., Jr. (2023, 3 agosto). Toxoplasmosis. Manual Merck versión para profesionales. <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/enfermedades-infecciosas/protozoos-extraintestinales/toxoplasmosis>
- 2.- Toxoplasmosis. (s. f.). <https://www.labtestsonline.es/tests/toxoplasmosis>
- 3.- Lemos, M., & Lemos, M. (2021). Toxoplasmosis: tipos, contagio, síntomas y tratamiento. Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/es/toxoplasmosis/>
- 4.- Elsheikha, H. M. (2008). Congenital toxoplasmosis: Priorities for further health promotion action. *Public Health*, 122(4), 335-353. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2007.08.009>
- 5.- Karolina, Ś., Master, A., Skrzypczak, M., & Zaborowski, P. (2005). Recent trends in molecular diagnostics for toxoplasma gondii infections. *Clinical Microbiology and Infection*, 11(3), 170-176. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2004.01073.x>
- 6.- Host Resistance to Toxoplasma gondii: Model for studying the selective induction of cell-mediated immunity by intracellular parasites. (1993, 1 junio). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7909708/>
- 7.- Dzierszinski, F., & Hunter, C. A. (2008). Advances in the use of genetically engineered parasites to study immunity to Toxoplasma gondii. *Parasite Immunology*, 30(4), 235-244. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3024.2007.01016.x>
- 8.- Montoya, J. G. (2002). Laboratory diagnosis of Toxoplasma gondii Infection and toxoplasmosis. *The Journal of Infectious Diseases*, 185(s1), S73-S82. <https://doi.org/10.1086/338827>
- 9.- Detection and characterization of membrane antigens of toxoplasma gondii. (1980, 1 junio). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7373040/>
- 10.- Sabin, A. B., & Feldman, H. A. (1948). Dyes as microchemical indicators of a new immunity phenomenon affecting a protozoon parasite (Toxoplasma). *Science*, 108(2815), 660-663. <https://doi.org/10.1126/science.108.2815.660>
- 11.- Serodiagnosis of toxoplasmosis. The impact of measurement of IGG avidity. (2004). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15269456/>

- 12.- Roberts, A. F., Hedman, K., Luyasu, V., Zufferey, J., Bessières, M. H., Blatz, R., Candolfi, E., Decoster, A., Enders, G., Gross, U., Guy, E., Hayde, M., Ho-Yen, D. O., Johnson, J. D., Lecolier, B., Naessens, A., Pelloux, H., Thulliez, P., & Petersen, E. (2001). Multicenter evaluation of strategies for serodiagnosis of primary infection with *Toxoplasma gondii*. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 20(7), 467-474. <https://doi.org/10.1007/pl00011289>
- 13.- Remington, J. S., Thulliez, P., & Montoya, J. G. (2004). Recent developments for diagnosis of toxoplasmosis. *Journal of Clinical Microbiology*, 42(3), 941-945. <https://doi.org/10.1128/jcm.42.3.941-945.2004>

Capítulo 307

DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. TÉCNICAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

1 Introducción

Las técnicas de diagnóstico rápido son de gran importancia a la hora de diagnosticar enfermedades gastrointestinales, especialmente para la detección de microorganismos señalados y en determinados grupos de pacientes.

Por un lado, las técnicas de detección de antígeno son una práctica habitual en el laboratorio de microbiología para el diagnóstico de algunos parásitos, virus y bacterias. Por otro lado, contamos con las técnicas moleculares (método basado en ácidos nucleicos), las cuales son utilizadas de forma rutinaria para la detección

de determinados patógenos. Estas últimas son técnicas en constante evolución y permiten un rápido diagnóstico con elevada sensibilidad y especificidad, junto con una estandarización más simple de los procedimientos de diagnóstico. El almacenamiento de muestras de ADN resulta una ventaja ya que se pueden utilizar para la tipificación molecular y la caracterización genética, lo que constituye una valiosa herramienta para encuestas y estudios de vigilancia.

Las infecciones gastrointestinales incluyen 2 entidades clínicas: Infecciones producidas por *Helicobacter pylori* y gastroenteritis, que puede estar producida por diferentes patógenos (parásitos, virus o bacterias) o sus toxinas. La importancia del diagnóstico etiológico viene dada a que diferentes patógenos pueden dar lugar a sintomatologías similares.

Estas afecciones se asocian a diferentes causas según su situación geográfica. En los países desarrollados son infecciones transmitidas por la comida, mientras que en países en desarrollo están relacionados con la falta de agua corriente, malas condiciones sanitarias y deficiencias nutricionales de la población. En este último caso presentan mayor mortalidad.

Es muy importante la realización por parte del técnico de un diagnóstico rápido y acertado del patógeno implicado en el cuadro clínico ya que:

- En algunos casos el hecho de conocer el patógeno permitirá tomar la decisión de tratar al paciente de forma ambulatoria u hospitalizarlo
- Algunos pueden requerir un tratamiento específico
- Según el patógeno puede ser necesario utilizar medidas de control para evitar su diseminación.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de una rápida actuación para el diagnóstico de esta enfermedad.
- Analizar las técnicas a llevar a cabo en el laboratorio de microbiología para dicho diagnóstico.

3 Metodología

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

Se han revisado aquellos estudios originales, publicados en los últimos años, que tenían relación con el tema elegido y que estaban escritos en español e inglés. Además, se han revisado guías de práctica clínica.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: *Helicobacter pylori*, infecciones gastrointestinales, técnicas moleculares.

4 Resultados

Los métodos de diagnóstico convencionales utilizados en el diagnóstico de gastroenteritis incluyen:

- Pruebas microscópicas para detección de huevos y parásitos (el personal debe estar altamente especializado para su realización)
- Técnicas de detección de antígenos
- Cultivos bacterianos (requieren varios días para la obtención de resultados)

Lo más común suele ser una obtención de resultados mediante cultivo bacteriano tardía, el paciente ya no suele tener síntomas y no es útil ser conocedor del agente etiológico productor del cuadro clínico para su manejo, por ello son tan importantes las técnicas rápidas de diagnóstico.

A continuación, se desarrollarán algunas de las técnicas rápidas utilizadas en el laboratorio de microbiología:

1.- **TÉCNICAS RÁPIDAS BASADAS EN OBSERVACIÓN MICROSCÓPICA:** Se utiliza la tinción de Gram. Dicha tinción no es útil en muestras de heces ya que tiñe bacterias habituales. Si es útil para:

- Detección de leucocitos, lo que resulta poco específico pero muy útil si se sospecha de enteritis invasiva.
- Observación de estructuras curvadas típicas de *Campylobacter*.

2.- TÉCNICAS BASADAS EN LA REACCIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO: Los antígenos microbianos son detectables mediante técnicas inmunológicas basadas en la reacción antígeno (Ag) - anticuerpo (Ac).

La variedad de inmunoanálisis disponibles para diagnosticar infecciones del tracto gastrointestinal es muy grande, pero pueden diferenciarse según su dificultad, de esta manera tenemos por un lado los enzimoimmunoanálisis (EIA) o la inmunofluorescencia, que resultan laboriosos y requieren un personal altamente entrenado, y por otro los inmunoanálisis de flujo lateral o inmunocromatográficos (ICT), los EIA de membrana o las técnicas de aglutinación son sencillos y rápidos.

- Enzimoimmunoanálisis tipo ELISA: Utiliza antígenos inmovilizados a los pocillos de una microplaca, que necesitan de un anticuerpo específico unido a una enzima (peroxidasa o fosfatasa alcalina por lo general), unida a su vez a un sustrato. Al actuar la enzima con el sustrato, se produce una señal colorimétrica a simple vista y cuantificable mediante espectrofotómetro.
- Inmunofluorescencia directa: Basada en la detección de antígenos mediante la utilización de anticuerpos (específicos para ese antígeno problema) marcados con fluorocromos sobre extensiones en portaobjetos. Dicha extensión se fija, incuba y, tras un lavado, se realiza la lectura de resultados mediante la observación en microscopio de fluorescencia.
- Pruebas inmunocromatográficas o inmunoanálisis de flujo lateral (lateral flow): La muestra fluye por un cassette hecho de membrana de nitrocelulosa o nylon, mediante capilaridad. Como cualquier prueba inmunocromatográfica, los ensayos tipo sándwich están compuestos por 2 zonas: zona control, donde se inmovilizan los anticuerpos conjugados y la zona de reacción, donde se inmovilizan los Ac contra el Ag problema. Los anticuerpos conjugados son específicos del antígeno problema y están marcados por una molécula de oro coloidal. Presentan menor sensibilidad y especificidad que los ELISA convencionales.
- Enzimoimmunoanálisis de membrana: Se inmoviliza el anticuerpo de captura

en una membrana por la cual fluye la muestra. Si el antígeno del patógeno se encuentra presente en esta, se producirá la unión Ag-Ac, lo que posteriormente se pondrá de manifiesto mediante un segundo anticuerpo conjugado a una enzima. Su interacción provoca un cambio de color, considerando así una determinación positiva si se obtienen 2 bandas coloreadas, la línea de reacción (donde se fija el Ag) y la línea de control (donde se fija el conjugado).

- Técnicas de aglutinación en látex: Basado en reacciones inmunológicas Ag-Ac en las que las partículas de látex están sensibilizadas con Ac específicos, las cuales provocan una reacción de aglutinación al entrar en contacto con los antígenos, y se evidencia por la formación de grumos macroscópicos.

3.- TÉCNICAS RÁPIDAS MOLECULARES: Son la revolución del diagnóstico microbiológico por su rapidez y elevada sensibilidad y especificidad, constituyendo así una alternativa a los métodos convencionales, aun aumentando de manera notoria el coste.

- RT-PCR (PCR tras transcripción inversa): Utilizado para la detección y ampliación de ARN, el cual, sirve de molde para la síntesis del ADN complementario (ADNc) mediante una transcriptasa reversa. El ADN resultante es amplificado mediante una PCR convencional.

- qPCR (PCR cuantitativa/PCR a tiempo real): Mucho más rápida que una PCR convencional. Proporciona una cuantificación precisa y continua del ADN que va formando, para ello, realiza en paralelo una curva patrón.

- PCR multiplex: Utiliza parejas de cebadores para la detección simultánea de diferentes patógenos (diagnóstico sindrómico), siendo los enteropatógenos más frecuentes las bacterias, parásitos y virus.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas rápidas son herramientas de gran valor en el diagnóstico de las infecciones gastrointestinales. Tanto las basadas en detección de antígenos como las técnicas moleculares son prácticas habituales en los laboratorios de microbiología clínica, aunque estas últimas solo para algunos patógenos, como pueden ser el *E. coli* y el *C. difficile*.

Para elegir el tipo de técnica a emplear, debemos tener en cuenta los siguientes factores: el patógeno a detectar, el tipo de paciente, el número de determinaciones,

la disponibilidad de equipos y el coste de la técnica.

Según el número de pruebas a realizar será más conveniente un tipo de prueba u otro, siendo más recomendada la realización de pruebas tipo ELISA para un número elevado y técnicas individuales tipo enzimoimmunoanálisis (EIA) o inmunocromatográficas (ICT) para llevar a cabo pocas pruebas.

Por último, destacar el protagonismo que tienen e irán adquiriendo aún más las técnicas moleculares que detectan diferentes patógenos de forma simultánea, no solo por su gran utilidad, sino también por su rapidez y alta sensibilidad y especificidad, a pesar de que suponen un mayor coste.

6 Bibliografía

- 1.- Balsalobre-Arenas, L., & Alarcón-Cavero, T. (2017). Diagnóstico rápido de las infecciones del tracto gastrointestinal por parásitos, virus y bacterias. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 35(6), 367-376. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.01.002>
- 2.- Klein, D. (2002). Quantification using real-time PCR Technology: Applications and limitations. *Trends in Molecular Medicine*, 8(6), 257-260. [https://doi.org/10.1016/s1471-4914\(02\)02355-9](https://doi.org/10.1016/s1471-4914(02)02355-9)
- 3.- Scopus Preview - Scopus - Welcome to Scopus. (s. f.). <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84920984239&origin=inward>
- 4.- Gaafar, M. R. (2011). Evaluation of enzyme immunoassay techniques for diagnosis of the most common intestinal protozoa in fecal samples. *International Journal of Infectious Diseases*, 15(8), e541-e544. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2011.04.004>
- 5.- Scaletsky, I. C. A., Aranda, K. R. S., Garcia, G. T., Gonçalves, M. E. P., Cardoso, S. H., Iriya, K., & Silva, N. P. (2011). Application of Real-Time PCR stool assay for *Helicobacter pylori* detection and clarithromycin susceptibility testing in Brazilian children. *Helicobacter*, 16(4), 311-315. <https://doi.org/10.1111/j.1523-5378.2011.00845.x>

Capítulo 308

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES (NAO) FRENTE A LOS ANTIGUOS DICUMARÍNICOS (SINTROM Y WARFARINA)

SERGIO PARDO TORRIJOS

CARLA BERNAL DOMENECH

ALBA CALDERÓN DE JUAN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

1 Introducción

Desde hace unos años se ha empezado a usar una nueva generación de anticoagulantes orales lejos de los típicos dicumarínicos (sintrom y warfarina), los cuales actúan a nivel de la fase secundaria de la coagulación, inhibiendo algunos de los factores.

Pero... ¿Qué son los dicumarínicos? Para responder a esta cuestión debemos comenzar con algo de historia: a finales del siglo XIX se observó que el ganado bovino padecía un trastorno hemorrágico al consumir tréboles en mal estado.

Más tarde, en 1921, Roderick descubrió que este trastorno se podía corregir con la fracción de protrombina del plasma de animales sanos.

Tras este descubrimiento Karl Link, un químico agrónomo, sintetizó el anticoagulante a partir del trébol con moho y lo nombró dicumarol. Pero las primeras pruebas con este nuevo anticoagulante no se llevaron a cabo con humanos; se empezó a usar como raticida, llamándolo WARF-42. Y permaneció con este uso hasta que, en 1951, un soldado intentó suicidarse tomando este raticida durante 5 días; al ver que no funcionaba, se dirigió a la enfermería y, tras recuperar a este recluta con vitamina K y transfusiones, se produjo su investigación. Finalmente, entre 1953 y 1954, comenzaron los ensayos en humanos de la Warfarina / sintrom, posteriormente comercializado como anticoagulante.

Cuando hablamos de nuevos anticoagulantes posteriores a la Warfarina y sintrom, nos referimos a los anticoagulantes de acción directa (ACOD) o nuevos anticoagulantes orales (NACO), encontrando cuatro medicamentos: Apixabán, Dabigatrán, Edoxabán y Rivaroxabán. Todos ellos están recomendados para pacientes con alta probabilidades en la formación de trombos

2 Objetivos

- Aumentar la información sobre los nuevos medicamentos anticoagulantes orales frente a los conocidos Sintrom y Warfarina y la comparativa entre ellos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una investigación bibliográfica entre las principales bases de datos online disponibles, buscando las más actuales y con mayor prestigio para una comparativa más precisa y objetiva. Entre ellas cabe destacar Scielo y Pubmed entre otras.

4 Resultados

- Apixabán: la función principal de este anticoagulante es la inhibición del factor Xa, previniendo así la formación de trombos y trombina. Se alcanza su máxima a las 3-4 horas tras su ingesta, y tiene una vida media de doce horas.

Este medicamento se usa para el tratamiento de trombosis venosa profunda y

embolia pulmonar, y la prevención de estas enfermedades. También se usa en la cirugía de sustitución de cadera o de rodilla durante un periodo de 12 días en el caso de la rodilla, y 35 en el caso de la cadera.

Su eliminación es principalmente hepática y, por tanto, su ingesta en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave está contraindicada. También a pacientes con insuficiencia renal se han de aplicar unas recomendaciones, como un consumo menor a la dosis.

Su actividad suele ser bastante constante y predecible, por lo que no necesita una monitorización constante; ello hace que sea un anticoagulante mucho más cómodo por su dosis constante y fija, siendo lo habitual una dosis por la mañana y otra por la noche (de concentración 2.5 mg).

- Dabigatrán: su función es la inhibición, de una forma potente, directa y reversible, a la trombina. Tiene una vida media de unas 14h, con su punto máximo a las 2h tras la ingesta. No necesita monitorización.

Al eliminarse de forma renal, este tipo de insuficiencia puede causar su acumulación. Su actividad resulta muy predecible y, por tanto, solo se debe ajustar al principio del tratamiento en pacientes con insuficiencia renal, edad avanzada o personas con bajo peso corporal.

Se usa principalmente en pacientes con trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, así como para la prevención de ictus y embolias sistémicas en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular.

- Edoxabán: es un inhibidor del factor Xa libre, lo que reduce la producción de trombina y la actividad de la protrombinasa. Su máxima concentración tras la ingesta se produce a las 2 horas, teniendo una vida media de 24 horas, por lo que el tratamiento habitual es una toma diaria de la concentración requerida (15mg, 30mg y 60mg).

Antes de empezar con este tratamiento es necesaria la administración de anticoagulantes por vía parenteral con 5 días de antelación, sin coincidir con estos. Su eliminación se realiza por vía hepática por lo que, si el paciente sufre de insuficiencia hepática, su administración está totalmente desaconsejada; con insuficiencia renal solo se recomienda en caso de enfermedad renal terminal.

Su uso principal se centra en la prevención de ictus y embolia en pacientes con factores de riesgo, como son la edad, la diabetes mellitus, ictus previos..., o en el

tratamiento de la trombosis venosa profunda.

- **Rivaroxabán:** este fármaco es un inhibidor del factor Xa, interviniendo en ambas vías de la cascada de la coagulación y evitando así la formación de trombos. Al ingerirse por vía oral, adquiere su máximo en el organismo pasadas 2-4 horas. Su semivida depende de la edad, siendo en personas jóvenes de 5 a 9 horas y, en personas de edad avanzada, hasta 13 horas. La dosis por administrar es fija (2.5 mg de rivaroxabán en cada comprimido); al no necesitar monitorización, el tratamiento resulta más cómodo para los pacientes.

Su eliminación se realiza por ambas vías, tanto hepática como renal, por lo que el tratamiento está contraindicado en pacientes con hepatopatías asociadas a la coagulación, y en insuficiencias renales con aclaramientos de ≤ 15 ml/min. En pacientes de edad avanzada no requiere un ajuste de la dosis, aunque las hemorragias pueden aumentar con el paso de los años.

Este fármaco se utiliza para la prevención de formación de coágulos cerebrales (ictus) u otras partes del cuerpo donde pueda resultar peligroso, y también si se observa fibrilación auricular no valvular. Otro uso que se le puede atribuir es el tratamiento de las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares, y la prevención de estas.

Una vez presentados todos los fármacos, podemos observar numerosas diferencias entre los antiguos y los nuevos anticoagulantes orales.

El principal beneficio de los NACOS es que no resulta necesaria una monitorización o seguimiento del paciente una vez iniciado el tratamiento, siendo una dosis fija para todos los pacientes. Además, el sintrom se ve influenciado por factores como la dieta del paciente (dietas ricas en vitamina K) y el consumo de otros medicamentos, pudiendo causar una hemorragia en caso de desajuste de la dosis.

Según los estudios realizados en la universidad CES de Medellín (Colombia) se ha puesto de manifiesto que, en el caso de la prevención de ictus, el dabigatrán suministrado cada 12 horas y el apixabán también administrado con la misma frecuencia han tenido un mejor resultado que la Warfarina; el dabigatrán y edoxabán mostraron una efectividad similar. Respecto a los episodios de sangrado, el edoxabán cada 24 horas y el apixabán cada 12 mostraron una reducción en el riesgo de sangrado, comparando siempre con la Warfarina; rivaroxabán y dabigatrán no mostraron diferencias significativas.

Respecto a la seguridad relativa de estos NACOs, las diferencias son mínimas, pero se pueden establecer una serie de criterios como:

- Edad avanzada: tanto el apixabán como rivaroxabán mostraron una eficacia mayor en la prevención de ataques cerebro-vasculares, y los episodios hemorrágicos fueron menores; por tanto, estos dos serán los más recomendables en esta situación.
- Insuficiencia renal: en este caso debemos observar primero los porcentajes de eliminación renal de estos anticoagulantes, siendo: dabigatrán (80%), edoxabán (50%), rivaroxabán (35%) y, por último, el apixabán (25%). Esta falta de eliminación aumenta la probabilidad de sangrado en estos enfermos, teniendo que controlar su dosis en función del aclaramiento renal del paciente. Esta dosis puede ser reducida hasta en un 50% en el caso del edoxabán, cuando la tasa de filtración glomerular esté en 30-50 ml/min, con un peso inferior a 60 kg y, además, con tratamiento de inhibidores de las glicoproteínas P.
- Insuficiencia hepática: el rivaroxabán no debe usarse en ningún caso. El apixabán podría usarse con precaución en el caso de presentar hasta 9 puntos en el sistema CHILD-PUGH -modelo cuyo objetivo es ordenar el pronóstico de enfermedades hepáticas crónicas como la cirrosis-. El dabigatrán, por su parte, puede usarse en pacientes con una puntuación de entre 7 y 9, siempre y cuando el paciente no presente unos valores de alanina transaminasa superior a dos veces el límite establecido.
- Enfermedad coronaria: en el caso del dabigatrán, se han publicado estudios con resultados contradictorios respecto a la frecuencia de los infartos de miocardio, por lo que su administración ha de ser cautelosa. Sin embargo, el rivaroxabán sí que mostró una frecuencia menor frente a la Warfarina en estos episodios.
- Enfermedad tromboembólica venosa: los resultados de todos los NACOs frente a la Warfarina en cuanto a esta enfermedad resultan muy parejos, pero los nuevos anticoagulantes provocan una tasa de sangrado significativamente inferior (en el caso de rivaroxabán y apixabán).

Por otra parte, tenemos que comentar el caso del precio de los anticoagulantes, donde un estudio realizado por la universidad de Murcia (“Evolución del consumo y análisis de la eficacia y seguridad de la anticoagulación oral en un área de salud desde la comercialización de los anticoagulantes orales de acción directa”, María del Carmen Caballero Requejo, Murcia, 2019) reconoció que un 36,7% de la

población que tomaba anticoagulantes, lo hacía consumiendo los de nueva generación; ello supuso un aumento en el gasto por paciente de un 800%, siendo el rivaroxabán el más recetado.

5 Discusión-Conclusión

Recientemente están en auge los llamados NACOs (nuevos anticoagulantes orales) que son: Apixabán, Rivaroxabán y Edoxabán (actúan sobre el factor Xa de la coagulación), y el Dabigatrán (actúa sobre la trombina). Como todo medicamento nuevo, es necesario establecer una comparativa con los ya existentes para comprobar su reacción con el paciente, y observar sus pros y contras. Para ello y, basándose en estudios realizados por la universidad de Colombia en 2016, se demuestra que los nuevos anticoagulantes tienen mayor beneficio que riesgo, teniendo gran ventaja en eventos tromboembólicos con reducción de hemorragias espontáneas.

Otro punto a favor de estos nuevos anticoagulantes es que no necesitan un seguimiento en el tratamiento, lo que hace que sea mucho más cómodo para sus usuarios. Por tanto, la elección entre unos y otros debería ser producto de una serie de factores, tales como la edad, o presencia de otras patologías (insuficiencias renales o hepáticas).

6 Bibliografía

1. de medicamentos y productos sanitarios, a. e. (s/f). :: cima:: ficha tecnica pradaxa 150 mg capsulas duras. aemps.es. recuperado el 8 de septiembre de 2023, de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/08442011/fichatecnica_08442011.html
2. de medicamentos y productos sanitarios, a. e. (s/f-d). :: cima:: ficha tecnica xarelto 20 mg comprimidos recubiertos con pelicula (28 comprimidos). aemps.es. recuperado el 8 de septiembre de 2023, de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/08472018/ft_08472018.html
3. de medicamentos y productos sanitarios, a. e. (s/f-a). :: cima:: ficha tecnica eliquis 5 mg comprimido recubierto con pelicula. aemps.es. recuperado el 8 de septiembre de 2023, de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/111691014/ft_111691014.html
- medicamentos y productos sanitarios, a. e. (s/f-b). :: cima:: ficha tecnica lixiana 60 mg comprimidos recubiertos con pelicula. aemps.es. recuperado el 8

de septiembre de 2023, de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/115993018/ft_115993018.htmlmateo,

j. (2013). nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. revista española de cardiología suplementos, 13, 33-41.

4. lozano, f. s., arcelus, j. i., & monreal, m. (2010). nuevos anticoagulantes orales. angiología, 62(1), 26-32.

5. vega, l. b., de francisco, a. l. m., da silva, j. b., espinoza, l. g., & fresnedo, g. f. (2017). nuevos anticoagulantes orales en pacientes con enfermedad renal crónica. nefrología, 37(3), 244-252.

Capítulo 309

GASES EN SANGRE Y EL EQUILIBRO ACIDO-BASE: LAS CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTOS DE LOS DESEQUILIBRIOS EN EL SER HUMANO

SERGIO PARDO TORRIJOS

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

ALBA CALDERÓN DE JUAN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

1 Introducción

Se denomina hematosis al intercambio o difusión de gases (oxígeno y dióxido de carbono) que ocurre en los pulmones, más concretamente en la membrana alveolo-capilar, para transformar la sangre venosa en sangre arterial rica en oxígeno.

Para la medición de estos gases en el laboratorio clínico se emplea la técnica denominada “gasometría” la cual puede ser extraída de sangre venosa o sangre arterial, siendo esta última la más útil desde un punto de vista clínico. En ella se miden los aspectos más importantes en la medición de gases en el cuerpo humano como medición del pH, presión parcial de oxígeno (pO_2), presión parcial de dióxido de carbono (pCO_2), fracciones de la hemoglobina e iones entre otros.

Una alteración de estos gases suele ser una complicación de una enfermedad ya existente y pocas veces sucede de forma primaria. Este desequilibrio afecta al equilibrio ácido base del cuerpo. Donde podemos encontrar los siguientes trastornos:

- Acidosis: disminuye el pH en sangre, por disminución de bicarbonato o aumento de $p\text{CO}_2$
- Alcalosis: aumenta el pH en sangre, por aumento de bicarbonato o disminución de $p\text{CO}_2$

Para mantener estables estos niveles de pH el cuerpo tiene mecanismos buffer, es decir sistemas tampón siendo el más importante el tampón $\text{HCO}_3^-/\text{CO}_2$. O por mecanismos de compensación que pueden ser renales o respiratorios.

2 Objetivos

- Aumentar información sobre los gases en sangre y sus valores normales.
- Indicar tratamientos y métodos compensatorios en caso de desequilibrio del ácido-base

3 Metodología

La realización de este trabajo se ha basado en el estudio bibliográfico sobre los gases en sangre y su equilibrio ácido base, por la utilidad, importancia y rapidez de resultados en cuestión de diagnóstico en el laboratorio clínico.

Para ello se han buscado palabras claves en las principales bases de datos científicos con razón de encontrar la mayor cantidad de estudios posibles como por ejemplo: “equilibrio ácido base en el ser humano”, “acidosis”, “alcalosis” ...

4 Resultados

Para comenzar y realizar un examen de gases de manera correcta en el laboratorio, debemos tener en cuenta todas las fases.

- Fase Preanalítica: en esta parte se realiza la preparación previa a la extracción, almacenaje y transporte de la muestra. Los fallos en esta fase repercuten a la hora de la fase analítica, ya que una mala extracción puede variar seriamente los resultados y se divide en 4 pasos. o Paso 1, Preparación del material: elección de la jeringa siendo la más óptima la de plástico preheparinizada, hermética, autorrellenable. Todo esto para evitar la hemólisis la cual aumenta los niveles de iones y

urea creatinina y hierro. Otra medida que aumenta la hemólisis es la punción con jeringa y trasvase a tubos de vacío. o Paso 2, toma de muestra: hay que elegir en caso de gasometría arterial una con fácil acceso y flujo constante siendo la radial una de las mas fiables. o Paso 3, almacenaje: debe ser a temperatura ambiente y previamente purgada de toda burbuja que haya quedado en el interior. o Paso 4, transporte: ha de ser lo más rápido posible y a ser posible a mano, evitando tubos neumáticos que puedan hemolizar la muestra por los golpes, ya que la muestra debe procesarse dentro de la primera media hora tras la extracción.

- Fase analítica: Para la realización correcta de la gasometría primero se ha de homogeneizar la muestra con un agitado suave sin generar espuma o burbujas, tras esto eliminar una gota de sangre por si se ha formado microcoagulo en la entrada de la jeringa, y para terminar no empujar al embolo, dejar que la maquina (en caso de poseer maquina automática) succione la cantidad necesaria.

- Fase postanalitica: es la interpretación de los resultados, para ello hay que tener en cuenta valores demográficos como edad o sexo del paciente, pero también geográficos ya que elementos como la altura, el clima o la calidad del aire puede variar los resultados considerados “normales”.

Los valores considerados normales de una gasometría son:

- pO₂: valor entre 80-100 mmHg
- pCO₂: entre 35-45 mmHg.
- pH: 7.35-7.45
- HCO₃⁻: se calcula de forma indirecta entre el Ph y la pCO₂.

La alteración de estos valores es la llamada acidosis o alcalosis, las cuales a su vez pueden ser metabólicas o respiratorias.

- Acidosis: disminución del pH o Metabólica: Puede ser por una perdida excesiva del bicarbonato a través del sistema intestinal o renal. O por el consumo excesivo de ácidos que consumen las reservas de bicarbonato. Las consecuencias de esta pueden ser muy variadas desde una vasoconstricción arteriolar, hipoventilación... Hasta convulsiones o estupor.

☒ Tratamiento: puede aportarse bicarbonato durante 24 horas para intentar mantener los niveles adecuados o Respiratoria: ocurre normalmente como complicación de otras enfermedades del sistema respiratorio como asma o EPOC, o por dificultad en la respiración por paralización o relajación excesiva de los músculos. Los síntomas son muy parecidos a una hipoxia, como cansancio, confusión, somnolencia...

☒ Tratamiento: medicamentos broncodilatadores o ventilación con presión positiva (BiPAP).

- Alcalosis: aumento del pH o Metabólica: ocasionada por exceso de bicarbonato

en sangre, causado normalmente por enfermedades renales que no eliminan el suficiente bicarbonato o generan más de lo esperado o por vómitos prolongados. La sintomatología son cefaleas y contracciones tetánicas en los casos más graves.

☒ Tratamiento: acetazolamida o ácido clorhídrico, por vía oral o intravenosa o Respiratoria: implica un aumento de la respiración, ósea una hiperventilación, se suele producir por aumento de la demanda por dolor, ansiedad o deporte de manera descontrolada.

☒ Tratamiento: no suele ser grave ni reportar un peligro para el paciente, por lo que por lo general su tratamiento solo consiste en tranquilizar al paciente para que su reparación vuelva al ritmo normal y así estabilizar la carga de CO₂.

5 Discusión-Conclusión

La gasometría en el laboratorio es una herramienta fundamental para evaluar el equilibrio ácido-base y la oxigenación en el cuerpo humano. Proporciona información valiosa sobre el funcionamiento de los sistemas respiratorio y metabólico. En conclusión, la gasometría en el laboratorio es esencial para:

1. Evaluar el equilibrio ácido-base: Permite identificar desviaciones en los niveles de pH, bicarbonato y dióxido de carbono, lo que ayuda a diagnosticar trastornos ácido-base como acidosis y alcalosis metabólica o respiratoria.

2. Monitorear la oxigenación: La medición de la presión parcial de oxígeno (PaO₂) y la saturación de oxígeno (SaO₂) es crucial para evaluar la función pulmonar y la capacidad del cuerpo para oxigenar los tejidos.

3. Diagnosticar trastornos respiratorios: Proporciona información sobre la eficiencia de la ventilación al medir la presión parcial de dióxido de carbono (PaCO₂), lo que ayuda a diagnosticar condiciones como la hipercapnia (aumento de CO₂) y la hipocapnia (disminución de CO₂).

4. Evaluar la función renal: Al medir los niveles de bicarbonato, la gasometría puede ayudar a identificar problemas renales relacionados con el equilibrio ácido-base.

5. Detectar situaciones críticas: En situaciones de emergencia, como en la unidad de cuidados intensivos, la gasometría es una herramienta esencial para evaluar rápidamente la condición del paciente y tomar decisiones inmediatas.

En resumen, la gasometría en el laboratorio proporciona información vital para el diagnóstico, el monitoreo y el tratamiento de trastornos respiratorios, metabólicos y ácido-base. Su interpretación precisa y su integración en el contexto clínico son esenciales para proporcionar una atención médica de alta calidad y mejorar los resultados para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Ríos, J. F. N., & Márquez, D. C. B. (2005). Alcalosis metabólica.
2. Sánchez, S. S., Fuciños, L. C., Cabeza, E. F., & de Lorenzo Mateos, A. G. (2015). Alteraciones del metabolismo ácido base: alcalosis. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(79), 4759-4767.
3. Lepine, M. I., Cebollada, J. G., Montoya, J. P. B., Durán, J. S., López, M. J., Casanova, E., ... & Peters, E. S. (2001). Efectividad de la ventilación no invasiva, modalidad BIPAP con máscara facial, en el paciente EPOC con insuficiencia respiratoria hipercápnica (acidosis respiratoria) en el Área de Urgencias. *emergencias*, 13, 26-30.
4. Ferrerira, J. P. (2015). Acidosis metabólica. Conceptos actuales. *Revista Pediátrica Elizalde*, 6(1-2), 1-54.
5. Vargas, E. Gases en sangre.
6. Fraga, O. R., Segarra, X. N., Ortega, A. G., Cantalejo, F. R., Rioja, R. G., Queral, L. A., ... & de Guadiana Romualdo, L. G. (2019). Recomendaciones preanalíticas para la medición del equilibrio ácido-base y los gases en sangre. *Recomendación* (2018). *Revista del Laboratorio Clínico*, 12(4), e66-e74.
7. Vera Carrasco, O. (2018). Trastornos del equilibrio ácido-base. *Revista Médica La Paz*, 24(2), 65-76.
8. de Paula, J. M. P., Hidalgo, S. F., Toranzo, E. M., Doza, J. P., & de Paula, J. F. P. (2012). Alteraciones del equilibrio ácido-base. *Dialisis y Trasplante*, 33(1), 25-34.
9. Díaz, J. S. S., Zepeda, E. M., Moguel, K. G. P., Rodríguez, E. A. M., Aguilar, F. R. M., & Soto, J. M. T. (2022). Pre-analytical phase: The solution is in our hands. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 68(3), 118-122.
10. Hidalgo Acosta, I. V., Mena Miranda, V. R., Fernández de la Paz, B., Heredero Valdés, M., & Ruiz Baldrich, W. A. (2005). Acidosis metabólica: un reto para los intensivistas. *Revista Cubana de pediatría*, 77(2), 0-0.

Capítulo 310

TREPONEMA PALLIDUM EN EL SER HUMANO Y LA DETECCIÓN DE LA SÍFILIS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

SERGIO PARDO TORRIJOS

CARLA BERNAL DOMENECH

ALBA CALDERÓN DE JUAN

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

1 Introducción

Treponema pallidum es la espiroqueta Gram negativa causante de la sífilis, una infección de transmisión sexual la cual registra 12 millones de nuevos casos cada año según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Su descubrimiento se remonta al año 1905 donde Fritz Schaudinn y Erich Hoffmann, analizando el microorganismo en las llagas o chancros de pacientes con esta patología. Esta bacteria puede pasar largos tiempos en el cuerpo sin causar clínica esto es debido a que el cuerpo no es capaz de generar una inmunidad efectiva por la poca cantidad de proteínas en la membrana externa de la bacteria. El aumento de casos de esta infección es debido a múltiples factores, los más importantes son:

- Precocidad en las relaciones sexuales, estas se inician cada vez más temprano lo que conlleva una etapa sexual activa más longeva y con múltiples parejas.
- el uso de anticonceptivos orales, disminuye los anticonceptivos de barrera lo que supone un mayor contacto
- la disminución de los niveles culturales y económicos de la población con mayor riesgo.

Pese a todo esto el tratamiento de la enfermedad en una etapa temprana se realiza con la toma de antibióticos derivados de la penicilina siendo esta muy efectiva. En etapas avanzadas es necesario el uso de benzilpenicilinas, esta última resulta también útil en el caso de sífilis congénita por su difusión a través de la placenta y la leche materna.

2 Objetivos

- reunir información sobre la bacteria *Treponema pallidum*, analizando las etapas y manifestaciones clínicas de la infección.
- Estudiar los métodos de identificación en el laboratorio clínico
- Recuperar los tratamientos más efectivos.

3 Metodología

En el desarrollo de este informe, se han utilizado técnicas de búsqueda bibliográfica científica, realizando de esta forma un rastreo en bases de datos como Scielo o revistas científicas de prestigio como McGraw Hill.

Para desarrollar esta actividad se usaron términos de búsqueda tales como: “*Treponema pallidum*”, “sífilis congénita”, “diagnóstico *Treponema pallidum*” entre otros.

4 Resultados

El curso natural de la infección se caracteriza por diferentes etapas según el momento de la infección:

- Etapa primaria. Es el momento más contagioso de la infección y se desarrollan úlceras en las zonas de contacto siendo los genitales las zonas más afectadas, estas úlceras llamadas chancros suelen ser indoloras, de entre 0,3 y 3 cm de diámetro y supuran secreciones serosas. Otras zonas además de las genitales son, los dedos y los bordes, Lengua, mejillas internas, paladar y la zona anorrectal.

Esta ulcera permanece activa hasta pasadas al menos 3 semanas, cuando el cuerpo consigue eliminar la bacteria en la zona salvo la que previamente paso a los ganglios linfáticos.

- Etapa secundaria. Esta etapa comienza en el momento de la diseminación de la bacteria por el organismo, generando falsas clínicas o diagnósticos en los pacientes esto incluye: fiebre, escalofríos, malestar general y erupciones cutáneas y en las mucosas.

- Etapa terciaria. Momento en que la enfermedad se cronifica y pueden pasar hasta 20 años hasta su desaparición total, tiempo durante el cual las pruebas serológicas siguen siendo positivas. Durante este periodo la bacteria se puede propagar a través de la placenta y provocar sífilis congénita.

En esta etapa es donde surgen los problemas más graves como lesiones cerebrales, cardiacas u oculares, llegando en los casos más extremos a provocar la muerte.

Para la detección de la bacteria en el laboratorio clínico se emplean diferentes técnicas.

- Muestra de exudado: o por microscopía de campo oscuro. o tinción directa con anticuerpos fluorescentes (IFD). o mediante PCR, siendo esta la más precisa pero también la más costosa. Lo más habitual para su detección es usar tres genes diana, estos son *polA*, *16S* ADN y *TpN47* siendo el último el más específico. Respecto a la sensibilidad, el tipo más adecuado es la PCR anidada que presenta una sensibilidad de 0,52 pg

- Muestra de suero sanguíneo o líquido cefalorraquídeo para las etapas más avanzadas: o Inicialmente se usan pruebas no treponémicas como RPR (Rapid Plasma Reagin) y VRDL (Venereal Disease Research Laboratory). o en caso de ser positivas se sigue con la detección de los anticuerpos mediante cribados más específicos, las llamadas pruebas treponémicas (TPHA, TPPA o FTA-ABS), Y nuevas pruebas automáticas como EIA (Automated Treponema Pallidum Enzyme linked Immunoassay) y CLIA (Chemiluminiscence Immunoassay), las cuales además de ser más rápidas tienen la ventaja de no necesitar observador.

El tratamiento de la enfermedad se basa casi en su totalidad en una dosis única de Penicilina G 2.4 millones de unidades intramuscular, y en caso de alergia a esta usar doxiciclina o tetraciclinas por al menos 2 semanas, estando estos métodos sin demasiados ensayos clínicos concluyentes como para aconsejarlos.

Para la sífilis congénita, es decir la adquirida por vía materna durante el embarazo, el tratamiento también es con Penicilina Cristalina, pero en este caso 50.000 Ui/Kg que se inician en la primera semana de vida con dos dosis, y al cumplir la primera semana se inicia la 3 dosis hasta cumplir 10 días de

tratamiento, en caso de perder una dosis se ha de iniciar desde el principio. En el mejor de los casos los test serológicos empiezan a mostrar resultados negativos a partir de los 3 meses, y si a los 6 meses permanecen negativos se considera que el bebe ya no esta infectado.

5 Discusión-Conclusión

Una vez conocida esta enfermedad podemos deducir la importancia que presenta en la sociedad actual en la que se esta perdiendo el miedo a ciertas enfermedades por el “sencillo” tratamiento, sin tener en cuenta las posibles secuelas que desarrolla en las etapas mas avanzadas siendo muchas de ellas irreversibles. La clínica más específica se desarrolla en la primera etapa siendo los chancros un signo inequívoco de ella.

Para la detección el uso de técnicas de serologías automáticas como el CLIA o el EIA resultan según este estudio las mejores técnicas debido que son baratas, rápidas y con una gran especificidad y sensibilidad. Siempre usadas como pruebas de tipo screening, para confirmación sobre todo en etapas tardías y de tipo congénito es recomendable el uso de PCR anidada.

En cuanto a los tratamientos el mas eficaz sigue siendo la Penicilina benzatínica, aunque su uso en pacientes pediátricos no está recomendado por la casi inexistencia de documentos, existiendo tan solo dos estudios y con un numero de pacientes pequeño, con lo cual no se puede remitir una conclusión solida sobre su uso.

6 Bibliografía

1. García, P., Grassi, B., Fich, F., Salvo, A., Araya, L., Abarzúa, F., ... & Wozniak, A. (2011). Diagnóstico de la infección por *Treponema pallidum* en pacientes con sífilis temprana y neurosífilis mediante reacción de la polimerasa en cadena. *Revista chilena de Infectología*, 28(4), 310-315.
2. Pinilla, G., Campos, L., Durán, A., Navarrete, J., & Muñoz, L. (2018). Detección de *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* para el diagnóstico de sífilis congénita mediante reacción en cadena de la polimerasa anidada. *Biomédica*, 38(1), 128-135.
3. Garza-Velasco, R., Gómez-Pérez, L., & Manero-Brito, S. (2003). La sífilis y los principales factores de virulencia de *Treponema pallidum*. México UNAM, Fac Química, Dep Biol, 1-27.
4. Benítez, L. H. TREPONEMA PALLIDUM: EL MICROORGANISMO SIGILOSO.

5. Smith, C. A., Kamp, M., Olansky, S., & Price, E. V. (1956). Penicilina G Benzatina en el tratamiento de la Sífilis. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 40 (2), feb. 1956. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Rev. 1999 Apr;12(2):187-209. doi: 10.1128/CMR.12.2.187. PMID: 10194456; PMCID: PMC88914.
6. Martínez, M. G. L., Hernández-Bel, P., Magdaleno-Tapial, J., Martínez-Doménech, A., Navalpotro, D., Alegre-de Miquel, V., & Pérez-Ferriols, A. (2020). Utilidad de las nuevas pruebas treponémicas automatizadas en el diagnóstico de la sífilis precoz. A propósito de 15 casos. Actas Dermo-Sifiliográficas, 111(2), 135-142.
7. Bravo, T. C. (2003). Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med UNAM, 46(6), 236-242.

Capítulo 311

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

1 Introducción

Los casos de diabetes gestacional (DG) han ido aumentando en las últimas décadas, debido en parte a los estilos de vida poco saludables que se siguen actualmente y el aumento de la edad media de las gestantes.

Las pruebas de cribado y diagnóstico de la diabetes gestacional se realizan durante el segundo trimestre del embarazo, adelantándose al primer trimestre únicamente en las gestantes con alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

El cribado selectivo durante el primer trimestre, basado en factores de riesgo, presenta el inconveniente de su bajo valor predictivo positivo, siendo muchas, las gestantes que no acceden al tratamiento temprano adecuado que minimizaría el riesgo de complicación.

En las últimas décadas se han estado buscando marcadores alternativos a los actuales para su uso en el diagnóstico de la DG.

En el embarazo se presenta una resistencia a la insulina de manera progresiva a partir de la mitad del embarazo y durante el tercer trimestre. Hacia el final del embarazo, la sensibilidad a la insulina se reduce hasta cerca de la mitad. Hay dos posibles causas de esta anomalía.

- Aumento de la acumulación de grasa materna.
- Disminución de la sensibilidad de la insulina por las hormonas producidas por la placenta (lo que concuerda con la rápida disminución de la resistencia a la insulina que se da después del parto)

Las embarazadas con diabetes gestacional que no esté bien controlada, tienen mayor riesgo de tener complicaciones a la hora del parto, hipertensión materna, o morbilidad perinatal.

Para la detección de la DG son imprescindibles las pruebas de cribado, puesto que la madre puede ser asintomática, lo que puede conllevar serios problemas en el feto.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué es y qué riesgos conlleva la diabetes gestacional tanto en la gestante como en el feto.
- Exponer la importancia del laboratorio en la detección y cribado de la DG.

3 Metodología

Para esta revisión se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de publicaciones relacionadas con el diagnóstico de la DG. Se han consultado artículos científicos, trabajos de investigación y estudios relevantes sobre el tema, publicados en las principales bases de datos: Scielo, PubMed, Medline, Web of Science.

4 Resultados

Fisiopatología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1999 la DG como una intolerancia a los hidratos de carbono que provoca hiperglucemia, con gravedad variable y que se identifica por primera vez durante el embarazo. Independiente

de que haya una diabetes preexistente o la semana de gestación en la que se detecte.

La American Diabetes Association (ADA), ha introducido un cambio en esta definición; considera que la DG es la hiperglicemia detectada por primera vez en el segundo o tercer trimestre del embarazo, y considera diabetes preexistente cuando se detecta durante el primero.

En condiciones normales, durante el embarazo, se da un incremento de la resistencia a la insulina, lo que deriva en un descenso de la tolerancia a los hidratos de carbono. La teoría más aceptada del origen de este cambio propone que el aumento de la insulinoresistencia periférica probablemente se deba a los altos niveles en plasma de hormonas que provocan diabetes (prolactina, gonadotropina coriónica humana, progesterona y cortisol). En los embarazos normales, la gestante compensa este aumento de la resistencia a la insulina produciendo mayores cantidades de ésta.

Como el pico de los niveles de esas hormonas diabetogénicas se da en el segundo trimestre, es este el que se considera como el momento óptimo para evaluar el metabolismo de los carbohidratos en la madre.

Factores de riesgo

La prevalencia de la diabetes gestacional es directamente proporcional a la de la diabetes tipo 2 en una población, raza o etnia. Las mujeres caucásicas son menos propensas a padecerla que las hispanas, afroamericanas, nativas americanas, de las islas del pacífico o asiáticas.

Hay una serie de factores de riesgo relacionados con la diabetes gestacional, como son:

- Antecedentes familiares (tanto de DG como de diabetes de tipo 2)
- Obesidad
- Edad de la madre más de 35 años.
- Resultados obstétricos previos compatibles con una DG sin diagnosticar en embarazos previos.
- Pertenecer a una población con mayor prevalencia de DG.
- Síndrome del ovario poliquístico (SOP)

Se estima una incidencia mundial de cerca del 15% (en España alrededor del 9%).

Diagnóstico y seguimiento

Las indicaciones de la ADA son:

- Entre las semanas 24 y 28 de embarazo, hacer la prueba para detección de DG, en gestantes sin previo diagnóstico de diabetes mellitus.
- En embarazadas con factores de riesgo, adelantar la prueba a la primera visita prenatal.

Hay dos posibles estrategias recomendadas por la ADA para realizar la detección de DG:

1. En un paso.

Se hace la medición de la curva de glucosa, con ayuno de 8 horas; se administra una sobrecarga oral de 75g de glucosa. Para el diagnóstico de diabetes gestacional se consideran los siguientes puntos de corte:

- Basal: 92 mg/dL (5.1 mmol/L)
- 1 hora: 180 mg/dL (10.0 mmol/L)
- 2 horas: 153 mg/dL (8.5 mmol/L)

2. En dos pasos.

Primer paso: Hacer un cribado mediante el test de O'Sullivan, entre las semanas 24-28.

Si la glucosa es igual o superior al punto de corte, se hace entonces la prueba diagnóstica. Los puntos de corte que se recomiendan son 130, 135, o 140 mg/dL. El más alto tiene menor sensibilidad y mayor especificidad; el más bajo al revés, mayor sensibilidad, pero menor especificidad.

Usar la HbA1c para el cribado es menos recomendable, ya que su rendimiento es peor que el del test O'Sullivan.

Segundo paso: Si el test O'Sullivan ha salido positivo, se hace una prueba de confirmación mediante una curva de glucosa de 3 horas con sobrecarga de 100 g, midiendo la glucosa basal, y luego la de 1h, 2h y 3h. Para el diagnóstico se requiere detectar por lo menos dos valores positivos en la curva. Si solo se detecta en uno, se considera a la gestante como intolerante a la glucosa y se recomienda la repetición de la prueba en un margen de unas tres semanas.

Las recomendaciones de la ADA para el seguimiento de la DG son los siguientes:

- Glucosa en ayuno o < 95 mg/dL (5.3 mmol/L)
- Glucosa postprandial < 140 mg/dL (7.8 mmol/L)
- Glucosa postprandial < 120 mg/dL (6.7 mmol/L)
- HbA1c < 6%

Aun así, estas determinaciones tienen alguna limitación: la glucosa en sangre puede variar por numerosos factores como pueden ser la dieta o el estrés; la hemoglobina glicosilada, al medir el nivel de glucosa de los 3 meses anteriores, no tiene la sensibilidad suficiente para llevar un seguimiento óptimo durante el embarazo. Además, se ha visto que la HbA1c tiende a aumentar al final de la gestación sin que esto suponga un deterioro del control glucémico, dando lugar a falsos positivos; estos lo más probable es que se deban a que al subir la demanda de hierro hacia el final de la gestación, se produce un déficit de éste, por lo que

la vida media de los glóbulos rojos aumenta, lo que hace que haya un aumento de la Hb glicada.

En cuanto al tratamiento y pronóstico, la mayoría de las embarazadas con DG la pueden controlar con ajustes en el estilo de vida. Las demás se suelen tratar con insulina (la metformina y la glyburida no se recomiendan, pues ambas atraviesan la barrera de la placenta).

5 Discusión-Conclusión

La DG conlleva una serie de riesgos para la madre y el feto. Se pueden dar complicaciones en el parto, como (preeclampsia, cesárea, eclampsia), hipertensión, morbilidad perinatal (síndrome de insuficiencia respiratoria, hipoglucemia, hipocalcemia, cardiomiopatía, ictericia, macrosomía).

El diagnóstico precoz de la diabetes gestacional es fundamental para disminuir el riesgo y la posibilidad de complicaciones asociadas, tanto en la madre como en el feto.

Los distintos métodos de medición de la glucemia (O'Sullivan, curvas de glucosa) son los más utilizados debido a su sensibilidad y especificidad, aunque se puede hacer uso complementario también de la medición de HbA1c.

Entre los métodos preventivos para las mujeres en grupos de riesgo está cambiar el estilo de vida, control nutricional, aumentar la actividad física, y tratamiento con fármacos.

6 Bibliografía

1. Gonzalez, J. C., Gonzalez, D. C., & Castro, C. (2009). Pruebas de laboratorio para detectar y controlar la diabetes mellitus gestacional (DMG). *Salus*, 13(2), 30-36.
2. Párraga-Moreira, M. M., Vera-Olmedo, D. R., & Rodríguez-Parrales, D. H. (2021). Test de O'Sullivan: Precisión diagnóstica en la diabetes gestacional. *Actualización bibliográfica. Domino de las Ciencias*, 7(2), 3-27.
3. García, A. F. 5. Marcadores bioquímicos en el diagnóstico de la diabetes gestacional.
4. Bauzá Tamayo, G., Bauzá Tamayo, D., Bauzá López, J. G., Vázquez Gutiérrez, G. L., de la Rosa Santana, J. D., & García Díaz, Y. (2022). Incidencia y factores de riesgo de la diabetes gestacional. *Acta Médica del Centro*, 16(1), 79-89.

Capítulo 312

MARCADORES TUMORALES EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

1 Introducción

Los marcadores tumorales (MT), también llamados marcadores biológicos o biomarcadores, son moléculas (enzimas, proteínas u hormonas), que pueden estar elevadas como resultado de una condición precancerosa o un cáncer, bien como reacción del huésped ante el tumor o bien como producto del propio tumor. Los MT no son específicos de las neoplasias, y pueden encontrarse concentraciones apreciables en un gran número de situaciones fisiológicas o patológicas tumorales.

Son detectables mediante pruebas de laboratorio en sangre, en líquidos orgánicos o en tejidos.

La utilidad de los marcadores tumorales viene determinada por la sensibilidad y especificidad de cada uno de ellos.

Los marcadores tumorales pueden ser de naturaleza muy variable, desde ácidos nucleicos (ADN o ARN), proteínas o péptidos, hasta procesos como la apoptosis, la angiogénesis y la proliferación celular.

Son útiles para la detección precoz de un cáncer, para establecer el estadiaje, la respuesta a la terapia, predecir las recurrencias.

El uso de los MT tiene algunas limitaciones: por un lado, la mayoría de los marcadores no son específicos de un tipo de tumor; en segundo lugar, no todos los pacientes con un mismo tipo de cáncer muestran un nivel elevado de un determinado marcador asociado a ese tumor. Por último, hay algunas situaciones no cancerosas en las que puede estar elevado alguno de los marcadores tumorales conocidos.

2 Objetivos

Realizar un repaso de los conceptos básicos sobre los marcadores tumorales y exponer los más usados en la práctica clínica, así como su función y utilidad tanto en diagnóstico como en el seguimiento de la enfermedad.

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: Scielo, Medline y Enferteca, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Generalidades

Hay muchas sustancias que se pueden clasificar como marcadores tumorales, incluyendo antígenos asociados a tumores, enzimas, proteínas específicas y metabolitos. La primera referencia histórica es probablemente el descubrimiento por Bence Jones en 1846 de un precipitado en la orina de pacientes con mellitis osseum (osteomalacia), que tras más de un siglo se identificaron como cadenas ligeras monoclonales de inmunoglobulinas, que aumentan su concentración en las personas mieloma múltiple y que hoy conocemos como “proteínas de Bence Jones”.

Uso de los MT en diagnóstico y seguimiento de pacientes con cáncer:

Aunque lo ideal sería que los marcadores fuesen útiles tanto para la detección temprana, establecer el estadio, seguimiento, posibles recurrencias, tener una sensibilidad y especificidad elevadas, y ser órgano y tumor – específicos.

Pero en la realidad, los marcadores no son muy específicos ya que hay otros tumores y procesos benignos en los que se puede dar un aumento de éstos. Además, en las primeras etapas del proceso neoplásico tienen una sensibilidad baja. La utilidad principal es la del seguimiento de la enfermedad, tanto para detección temprana de recidivas como para la evaluación del tratamiento elegido.

Aunque los MT disponibles actualmente no son específicos para ningún cáncer, hay determinados contextos que permiten aumentar la especificidad y valorar si su presencia elevada en suero es por una neoplasia benigna o maligna. Lo más importante que se tiene en cuenta en la concentración en sangre del marcador, si hay algún proceso benigno preexistente que pueda dar falsos positivos, y el control de la evolución de la enfermedad.

Clasificación de los marcadores tumorales

Hay dos opciones de clasificación de los marcadores: según donde se originen y según su sensibilidad y especificidad.

1. Según origen. a. Derivados del tumor: aquí se clasifican la mayoría de los más conocidos, como por ejemplo CEA, AFP, PSA, BHCG, etc. b. Asociados al tumor: aquí se clasifican por ejemplo reactantes de fase aguda (PCR, ferritina) y moduladores inmunológicos (citoquinas o interleuquinas)

2. Según sensibilidad y especificidad. a. Alta especificidad y sensibilidad: aunque pueden verse en algunas situaciones de normalidad fisiológica, casi siempre son indicadores de malignidad. Los principales son la B-HCG y la calcitonina. b. Variable especificidad y sensibilidad: son los que, en los primeros estadios presentan concentraciones similares a los de una persona sana o con procesos benignos. En estadios más avanzados la concentración en sangre de estos MT pueden asegurar la malignidad de la neoplasia. Son por ejemplo el PSA, AFP, CEA, CA 125, CA 15.3, NSE, y el SCC. c. Baja especificidad y sensibilidad: su sensibilidad es dependiente del estadio de la enfermedad, pero tienen baja especificidad hasta en etapas más avanzadas. Son por ejemplo la LDH o la CYFRA 21.

Optimización del uso de los MT

Para discernir si la elevación de los valores de MT es por un tumor o no, hay tres criterios a seguir:

1. Concentración sérica: a mayor concentración, mayores probabilidades de la presencia de un tumor maligno.
2. Descartar patología benigna: hay algunas enfermedades que pueden dar falsos

positivos de algunos marcadores (las más típicas son la insuficiencia renal y enfermedades hepáticas crónicas). Algunos marcadores también pueden proceder de procesos no tumorales, como por ejemplo el SCC en dermatopatías, CA 19.9 en colestasis, o el CA 125 en los derrames.

3. Control de la evolución: para esto es necesario hacer 2 o 3 mediciones seriadas y valorar los resultados conjuntamente. Generalmente se deben dejar unos 15 días entre mediciones, y que las variaciones superen el 20% para que sean significativos. Si el aumento es continuo, es muy probable que el origen sea un tumor.

Principales marcadores tumorales

- Antígeno prostático específico (PSA)

Es el MT más usado en el cáncer de próstata. Es una glucoproteína que se produce en el epitelio secretor prostático normal y maligno, las concentraciones plasmáticas normales son 0,1-4 ng/mL. Hay dos determinaciones posibles: o PSA total: especificidad elevada en patologías prostáticas (98 %). Rango de referencia: 4ng/mL. En rango de valores intermedios (4-10 ng/mL), tiene baja especificidad para tumores malignos (puede darse en pacientes con la próstata hipertrofiada o con tumores localizados). o PSA libre: su concentración es inferior en pacientes con cáncer de próstata. Si su porcentaje es menor al 25% se puede sospechar neoplasia.

El PSA se incrementa con la edad 0.04 ng/mL de media, por lo que para su valoración se debe tener en cuenta la edad del paciente.

- Antígeno carcinoembrionario (CEA)

Es una glucoproteína oncofetal. Se asocia a tumores gastrointestinales y es frecuente que se eleve en cáncer de colon y recto. Se puede dar en otras enfermedades, o incluso en paciente sin signos aparentes de enfermedad. Al producirse su aclaramiento en el hígado, suele verse aumentado en situaciones de metástasis hepática.

Los valores de referencia son: <2.5 ng/mL para no fumadores y <5 ng/mL para fumadores. El aumento del CEA parece estar relacionado con el estadiaje del cáncer (resultados >20 ng/mL se asocian con etapas avanzadas)

- CA 125

Se trata de una glucoproteína que se expresa en la superficie celular del epitelio celómico y mülleriano. Se puede liberar CA 125 en esas zonas incluso en procesos benignos, incluida la menstruación.

Es el MT en el carcinoma epitelial de ovario. Se encuentran concentraciones elevadas (más de 35 UI/mL) en el 80% de las pacientes, incluso cerca del 50% de

casos en estadios iniciales.

Su principal problema es su falta de especificidad.

Este marcador tumoral es muy útil para trazar el progreso de las mujeres sometidas a terapia con un diagnóstico previo de cáncer de ovario. En etapas tardías de este tipo de cáncer, se suelen observar aumentos descompensados. Si este marcador tumoral va disminuyendo a medida que avanza la terapia, suele ser indicador de buen pronóstico de la enfermedad. El seguimiento de manera continua de este marcador es de gran ayuda para la detección precoz de recidivas.

- CA 19.9

Se trata de una glicoproteína producida en numerosos epitelios. Es típica su elevación en casos de cáncer pancreático. Valores por debajo de 40 U/mL son consideradas normales tanto en hombres como en mujeres, sin diferenciar entre fumadores o no fumadores.

Su análisis es realizado a partir de la sangre venosa y no se analiza en solitario, sino que se analiza junto con otras pruebas como el CEA, la bilirrubina, etcétera. Se usa sobre todo para evaluar y monitorizar a los pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas y están en tratamiento. Este marcador tumoral no es muy sensible y específico como para poder denominarlo y usarlo como una prueba de cribado, además de que tampoco es específico de un tipo de cáncer.

Se puede usar como marcador tumoral si el cáncer a estudiar lo produce en cantidades muy altas. Este marcador tumoral puede aparecer en los carcinomas hepatocelulares hasta en un 67% de los casos.

- CA 15.3

Es una glicoproteína de alto peso molecular usada sobre todo en el control del tratamiento del cáncer de mama, principalmente cuando hay metástasis.

Los niveles de este MT están relacionados con la supervivencia del paciente; si sus valores son mayores a 30 U/mL la supervivencia, en general, será menor. Sin embargo, no tiene ninguna relación con el tamaño del tumor, la edad del paciente, etc.

Este marcador tumoral es muy útil para predecir las primeras apariciones de la enfermedad, además de ser muy utilizado en el pronóstico de pacientes con la enfermedad más avanzada.

Se ha demostrado, que después de las operaciones del cáncer de mama, el uso de este marcador resulta muy útil para detectar de manera precoz las recidivas o, incluso, enfermedad metastásica.

Así mismo, los niveles séricos del CA 15.3 pueden usarse en la predicción de la respuesta a la quimioterapia en aquellos pacientes con cáncer de mama metastásico.

Además, se sugirió un modelo de predicción de la progresión de la enfermedad utilizando el CA 15.3 y el CEA en pacientes con cáncer de mama metastásico sin lesiones diana en la quimioterapia de primera línea, es decir, la terapia estándar y la más fuerte disponible para combatir el cáncer. Este modelo concluyó que la evaluación de los marcadores citados al inicio del estudio contribuye a la predicción de la progresión de la enfermedad en comparación con otras variables.

Los valores de corte varían dependiendo del paciente, pero podemos establecer un rango específico para diferentes grupos de pacientes: o En personas sanas encontramos unos valores de 11'45 U/mL; pudiendo variar 4'23-4'33 U/mL por encima o por debajo del valor mencionado. o En pacientes con diagnóstico de cáncer, habiendo pasado por un procedimiento quirúrgico de manera exitosa, los valores encontrados son de menos de 25 U/mL.

Al usar un punto de corte de 30 U/mL y con elevación del 100% con respecto a la basal, la sensibilidad llega hasta un 60'4% y la especificidad hasta un 91'7% para enfermedad metastásica.

Aunque este marcador es de gran utilidad, existen diferentes complicaciones. Una complicación sobre este marcador tumoral y la más importante, es que el CA15.3 se eleva en diferentes neoplasias epiteliales.

- Alfa-fetoproteína (AFP)

AFP es una glicoproteína oncofetal que se sintetiza en el hígado fetal, saco vitelino y tracto gastrointestinal fetales, que se aclara rápidamente de la sangre poco después del nacimiento.

Los rangos normales cambian de un laboratorio a otro, pero por lo general se considera dentro de la normalidad valores inferiores a 10 ng/mL.

Como marcador, se usa en pacientes con tumores de células germinales con origen ovárico, testicular y extragonadal. La AFP presenta resultados muy altos en aproximadamente el 60% de las personas con cáncer primitivo de hígado. También se eleva en la gestación, en hepatitis viral aguda, carcinoma hepatocelular o enfermedad renal crónica.

- Gonadotropina coriónica humana (HCG)

Es una glicoproteína con dos subunidades, alfa y beta. La beta difiere inmunológicamente de otras hormonas, lo que le da especificidad, y por tanto utilidad como marcador.

Es el marcador que típicamente aparece elevado en casos de tumores de células germinales de testículo no seminomatoso. Se encuentra elevado también en un 15-20% de los casos de seminomas.

- Enolasa neuronal específica (NSE)

Se trata de una isoenzima glicolítica neuroespecífica de la enolasa. Se usa en

cánceres neuroectodérmicos (por ejemplo, carcinomas de pulmón indiferenciados de células pequeñas, neuroblastomas, etc).

El rango de normalidad es menor a 14ng/mL. Es una determinación que se afecta por la hemólisis, ya que los eritrocitos contienen mucha enolasa.

Su uso principal es para la valoración de la respuesta del tratamiento con quimioterapia en el carcinoma de pulmón indiferenciado de células pequeñas.

- Antígeno a carcinoma de células escamosas (SCC)

Es un inhibidor de serinproteasas. El rango de normalidad en adultos es menos de 2.5 ng/mL. Se puede ver elevado en procesos ginecológicos benignos, enfermedades de la piel, y también en alrededor del 60% de los casos de insuficiencia renal.

Como marcador se puede utilizar en casos de cáncer de estirpe epidermoide, sobre todo de cérvix y pulmón. También en zona urogenital, esofágica y cutánea.

- Otros o Cromogranina A: para tumores neuroendocrinos. o CYFRA 21: se relaciona con el cáncer de pulmón. o Tiroglobulina: carcinoma medular de tiroides. o CA 27.29: marcador de cáncer de mama. o 5-hidroxi-indolacético: marcador de tumores carcinoides o Beta-2 microglobulina (B2M): útil como MT para algunos tipos de cáncer de células sanguíneas.

5 Discusión-Conclusión

Los marcadores rara vez son diagnósticos y no pueden sustituir a la biopsia para establecer un diagnóstico. Un resultado alto de un MT no es necesariamente indicador de cáncer, pero ayuda a orientar el diagnóstico. Los resultados dentro de la normalidad no excluyen malignidad o progresión.

En general, no está recomendado medir MT en pacientes con síntomas vagos, cuando la probabilidad en la población es baja.

El uso principal radica en el control postoperatorio y en la valoración de la respuesta a quimioterapia, terapia hormonal o radioterapia.

Los resultados de los marcadores se deben interpretar en el contexto de cada paciente, incluyendo la historia clínica, diagnóstico por imagen y otros análisis.

6 Bibliografía

1. Hermida Lazcano, I., Sánchez Tejero, E., Nerín Sánchez, C., Cordero Bernabé, R., Mora Escudero, I., & Pinar Sánchez, J. (2016). Marcadores tumorales. Revista

Clínica de Medicina de Familia, 9(1), 31-42.

2. Maya, G. C. (2010). Utilidad clínica de los marcadores tumorales. *Medicina & laboratorio*, 16(09-10), 411-445.

3. Olivares, A. M., Pereyra, D. C., Richardson, D., & Reyes, O. (2020). Marcadores tumorales y su valor en ginecología. *Ciencia y salud*, 4(1), 27-47.

Capítulo 313

RESISTENCIA BACTERIANA. PRUEBAS DE SENSIBILIDAD EN EL LABORATORIO

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

1 Introducción

Las infecciones causadas por bacterias multirresistentes son una causa de morbilidad y mortalidad de una importancia cada vez más alta, que crece exponencialmente. Entre los muchos factores que han contribuido al incremento de la aparición de bacterias resistentes están la presión selectiva que se produce al prescribir medicamentos para uso terapéutico, la utilización generalizada de en pacientes con el sistema inmunitario comprometido y en la UCI, el uso inadecuado (bien por dosis incorrecta o bien por una duración del tratamiento insuficiente) y el desconocimiento de los perfiles de sensibilidad de los microorganismos.

Los mecanismos bacterianos de resistencia son muy variados y su selección por el uso de antibióticos se puede dar con extrema rapidez. La resistencia bacteriana, incluso frente a los nuevos medicamentos semisintéticos, se produce mucho más

rápido que el tiempo necesario para sintetizar, desarrollar y experimentar con nuevos fármacos.

La evaluación de la sensibilidad bacteriana se lleva a cabo por medio del antibiograma. El antibiograma es un método que permite determinar la susceptibilidad de una cepa bacteriana concreta a uno o más antibióticos. La elaboración de un antibiograma es un paso esencial para garantizar la eficacia de un tratamiento antibiótico y para estudiar la evolución de la resistencia bacteriana.

2 Objetivos

- Conocer los diversos métodos disponibles para evaluar la sensibilidad bacteriana en el laboratorio.
- Destacar su importancia en la toma de decisiones médicas para tratar estas infecciones de manera efectiva.

3 Metodología

Para este trabajo, realizamos una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. También se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en bases de datos de renombre, como Pubmed, Medline y Scielo. Seleccionamos artículos científicos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

CONCEPTOS

La medición de la sensibilidad que tiene una bacteria a un antibiótico precisa la determinación de la Concentración Mínima Inhibidora (CMI), que representa la cantidad mínima de antibiótico necesaria para detener el crecimiento de una cepa bacteriana en condiciones normales.

Se utilizan cepas control para garantizar la reproducibilidad y comparabilidad de los resultados. Este método proporciona información sobre la sensibilidad bacteriana, categorizándolas como “S” (sensible), “I” (intermedia) y “R” (resistente).

- Sensible: indica una alta probabilidad de éxito terapéutico con dosis estándar.
- Intermedia: éxito terapéutico incierto, pero posible en ciertas condiciones (como por ejemplo un aumento de la dosis del medicamento).

- Resistente: probabilidad de éxito baja o nula, independientemente del tipo de tratamiento.

Hay varias técnicas de laboratorio para medir las CMI de manera rutinaria, tanto manuales como automatizadas (o semiautomatizadas).

- Manuales: disco-placa y E-test. realizados por lo general en el medio Müller-Hinton y Müller-Hinton sangre en aquellos casos en los que la bacteria sea nutricionalmente exigente.
- Automatizados: Utilizan fundamentalmente el método de microdilución en caldo (antiguamente también de forma manual).

Otro concepto es la Concentración Mínima Bactericida (CMB), que es la cantidad mínima de antibiótico necesaria para acabar con el 99,9% de una muestra inoculada en condiciones estandarizadas.

MÉTODOS DE ELABORACIÓN DEL ANTIBIOGRAMA

Los métodos estándar usados en las pruebas in vitro son la dilución en caldo, la difusión en agar y el E-test. Se realizan bajo condiciones estandarizadas por organismos internacionales.

1. Dilución en caldo. Se emplean tubos con caldo de cultivo de concentraciones decrecientes del antibiótico. La CMI se determina observando la turbidez en los tubos tras incubación.
2. Difusión en agar. Se usa papel de filtro impregnado con antibiótico y se pone sobre placas de agar inoculadas con el microorganismo de interés. La sensibilidad se mide por el diámetro de la zona de inhibición alrededor de los discos.
3. E-test. Emplea unas tiras de plástico con concentraciones crecientes de antibiótico; permite una lectura cuantitativa de la CMI en µg/ml.
4. Métodos automatizados. Utilizan microplacas con pocillos en "U" y autoanalizadores que interpretan los resultados de forma automática.

INTERPRETACIÓN DEL ANTIBIOGRAMA

Se diferencian dos conceptos fundamentales:

1. Interpretación del antibiograma: revisión de los resultados obtenidos en términos de la susceptibilidad a diversos antibióticos, clasificándolos como "Sensible," "Resistente," o "Intermedio" de acuerdo a los estándares establecidos por EUCAST o CLSI.
2. Lectura interpretada del antibiograma: Se analizan los fenotipos de sensibil-

idad y se busca deducir los posibles mecanismos de resistencia. Además, este proceso permite inferir la susceptibilidad a antibióticos que no fueron específicamente analizados en el antibiograma. Permite corregir posibles falsos positivos de sensibilidad observados en pruebas in vitro, como, por ejemplo, en el caso de una enterobacteria con una enzima β -lactamasa de espectro extendido (BLEE), no siempre todas las cefalosporinas se registran como resistentes en el antibiograma, aunque en la práctica se deba evitar su uso. Esta lectura interpretada permite ajustar los tratamientos, supervisar las políticas de uso de antimicrobianos, detectar nuevos mecanismos de resistencia y comprender su epidemiología.

Un requisito esencial para llevar a cabo una interpretación precisa es conocer la identidad del microorganismo en estudio, tanto a nivel de género como de especie, ya que la falta de esta información podría conducir a errores en la elección de los antimicrobianos. Por ejemplo:

- Si se encuentra una cepa de *S. aureus* con una Concentración Mínima Inhibitoria (CMI) de cloxacilina de 1 mg/l, esta se considera sensible a cloxacilina y a todos los β -lactámicos. Sin embargo, si se trata de un estafilococo coagulasa negativa, una CMI de 1 mg/l indica resistencia a cloxacilina.
- Una CMI de ampicilina de 8 mg/l en una enterobacteria sugiere sensibilidad, pero en un estafilococo, la misma CMI indica resistencia, ya que estos son inherentemente resistentes a ampicilina, con una CMI de 0,5 mg/l.

Por lo tanto, es importante destacar que CMI más bajas no siempre se traducen en una mayor eficacia del antibiótico, y estos valores pueden variar según el microorganismo y el antibiótico en cuestión.

Otro requisito crucial para realizar una correcta lectura es conocer el fenotipo de sensibilidad propio de un microorganismo, ya que algunas bacterias son intrínsecamente resistentes a ciertos antibióticos, mientras que otras siempre son sensibles. Desviaciones de estos patrones indican si el antibiograma representa un fenotipo común, poco común o improbable. Estos pueden clasificarse en:

- Habituales: aislamientos con mecanismos de resistencia cuya presencia es común desde una perspectiva epidemiológica en el entorno donde se realiza el antibiograma. Por ejemplo, la resistencia a la penicilina y la sensibilidad a la cloxacilina en una cepa de *S. aureus*.
- Raros: resistencias poco comunes, ya sea porque se han identificado recientemente (por ejemplo, la resistencia a imipenem en *Enterobacter cloacae*) o porque son excepcionales en una región particular (como las cepas de enterococos resistentes a la vancomicina).

-Imposibles: no se encuentran explicaciones en términos de mecanismos de resistencia conocidos, lo que requiere una investigación adicional. Si bien en muchas ocasiones esto puede atribuirse a errores en la identificación del microorganismo o problemas técnicos en la realización del antibiograma, también es importante considerar que la repetición de estos fenotipos en bacterias debidamente identificadas puede indicar la presencia de un nuevo mecanismo de resistencia. Un ejemplo sería la resistencia a linezolid en enterococos.

5 Discusión-Conclusión

La resistencia a los antibióticos representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. El papel del laboratorio para detectar las bacterias multirresistentes es fundamental. En España, se ha establecido la Red de Laboratorios para la Vigilancia de Microorganismos Resistentes, una iniciativa que busca mejorar la detección y estudio de las infecciones por bacterias resistentes a los antibióticos actuales. Su objetivo es garantizar un diagnóstico de alta calidad, estandarizar los procedimientos para la detección de los mecanismos de resistencia a fin de abordar al problema de la constante evolución de las infecciones multirresistentes, y además establecer mecanismos de intercambio de información entre los laboratorios que conforman la red.

6 Bibliografía

1. Emilia Cercenado, Jesús Saavedra-Lozano (2009): "El antibiograma. Interpretación del antibiograma: conceptos generales (I)", *Anales de pediatría continuada*, Vol. 7, Num. 4, pp. 214 – 217.
2. Daza Pérez R.M. (1998): "Resistencia bacteriana a antimicrobianos: su importancia en la toma de decisiones en la práctica diaria", *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, Vol. 22, No. 3, pp. 57 – 67.
3. Canton R. Interpretive reading of the antibiogram: A clinical necessity. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(6):375-385.

Capítulo 314

LEUCOPLASIA ORAL

SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES

1 Introducción

La leucoplasia oral es una lesión que lleva estudiándose en profundidad muchos años, aunque todavía existen debates acerca de la definición y la terminología asociadas a ella.

El término leucoplasia significa, literalmente, “placa blanca”. Este fue usado por primera vez por el dermatólogo húngaro Ernst Schwimmer a finales del siglo XIX, que lo acuñó uniendo dos palabras griegas, λευχο (leuco: blanco) y πλακος (plakos: placa).

Como término clínico, se usa para describir diversas lesiones blancas en la mucosa oral que no se pueden eliminar frotándolas. En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el concepto de leucoplasia como una placa blanca que no puede ser caracterizada de manera clínica o patológica como cualquier otra enfermedad y no está asociada con ningún agente casual, físico o químico, además del tabaco. La siguiente definición oficial de la OMS –ya que en otros simposios y reuniones también se han usado otras definiciones– la denominó como “una mancha o placa predominantemente blanca que no puede caracterizarse clínica o patológicamente como cualquier otro trastorno; la leucoplasia oral conlleva un mayor riesgo de desarrollo de cáncer en la zona de la leucoplasia o cerca de ella, o en cualquier otra parte de la cavidad oral o de la región de la cabeza y el cuello”. Aun así, esta definición se sigue debatiendo para poder incluir sus posibles causas y eliminar cualquier tipo de ambigüedad posible, ya que, en la actualidad, el término puede usarse de manera ligeramente diferente en diversas partes del mundo y entre distintos profesionales médicos.

2 Objetivos

-Dar a conocer la enfermedad, las características y sus rasgos más comunes. Así como un diagnóstico y posible tratamiento de la misma.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda de artículos en la base de datos de Scielo, Pubmed y Medline empleando palabras clave como descriptores con el fin de encontrar la literatura más reciente, así como en diferentes revistas de actualidad médica. Algunas de las palabras clave empleadas son leucoplasia oral, placa blanda, lesión blanca, mucosa yugal.

4 Resultados

La leucoplasia se caracteriza por diversas lesiones, desde áreas más planas y lisas hasta parches engrosados y blanquecinos con superficie rugosa que se pueden formar en las encías, en la mucosa yugal, el suelo de la boca, comisuras labiales, surcos alveolares o incluso en la lengua y que no se pueden eliminar con el frotado o el raspado. Los médicos no están seguros de qué causa la leucoplasia, aunque se considera que el tabaco es uno de los principales causantes de estas lesiones, y sea tabaco de fumar o de mascar.

Algunas de las otras causas de leucoplasia oral pueden ser patologías secundarias en pacientes con VIH/SIDA con el sistema inmune debilitado, lesiones causadas por prótesis mal ajustadas, infección crónica por *Candida albicans*, liquen plano crónico o ciertos trastornos genéticos.

La prevalencia promedia mundial oscila entre el 1 % y el 5 % de la población, si bien hay mucha diferencia dependiendo del país estudiado. El porcentaje es mucho mayor en la India e inferior en países desarrollados como España, donde sería menor del 1 %.

En los fumadores, la prevalencia es hasta 7 veces mayor, aunque las lesiones van desapareciendo si se deja de fumar en la mayoría de los casos. El consumo del alcohol también está relacionado con la aparición de la leucoplasia oral.

La leucoplasia oral aparece con mayor frecuencia en los hombres entre 40 y 60 años. Existen dos tipos principales de leucoplasias, homogéneas y no homogéneas. Las leucoplasias no homogéneas, a su vez, se subdividen en tres subtipos: las leucoplasias nodulares, las eritroleucoplasias y las leucoplasias verrugosas.

Además de la anterior clasificación, existe un subtipo que no entra en la clasificación anterior, la leucoplasia verrugosa proliferativa. Esta suele aparecer en las mujeres de edad avanzada que no son fumadoras ni bebedoras, que se expande progresivamente y tiene un riesgo muy elevado de desarrollo tumoral.

Mención aparte merece la leucoplasia pilosa, ocasionada por el virus de Epstein-Barr (VEB). Ya que este virus permanece en el cuerpo inactivo, con una bajada de defensas o sistema inmunitario debilitado por el VIH, puede volver a activarse, provocando este tipo de leucoplasia.

Uno de los rasgos más característicos de la leucoplasia, especialmente la homogénea, es que no suele ser dolorosa, por lo que suele pasar desapercibida durante cierto tiempo. La no homogénea sí puede presentar un cuadro de dolor o escozor.

Los síntomas más habituales son:

- Parches blancos, blanquecinos o incluso grisáceos que no desaparecen al frotar o raspar.
- Es posible que la textura sea plana o irregular.
- Puede tener zonas endurecidas, engrosadas o rugosas.
- Ciertos tipos, como la eritroleucoplasia, pueden tener lesiones rojas y abultadas. Son las que más posibilidades tienen de malignizarse.
- Algunas lesiones pueden tener aspecto irregular tipo coliflor, como en la leucoplasia verrugosa.
- Las lesiones en la leucoplasia verrugosa proliferativa, especialmente cuando son extensas, pueden confundirse con una infección por *Candida albicans*.

Se debe consultar al médico de cabecera o al dentista si se experimentan estas lesiones, sobre todo si hay dolor o escozor junto a estos síntomas. Si bien las posibilidades de tener un cáncer oral como el carcinoma epidermoide son bajas (un poco más del 5 %), se debe vigilar la lesión con atención, sobre todo si se pertenece a un grupo de riesgo o tomándose como un síntoma de infección por el VIH.

Es importante realizar un análisis microscópico del epitelio para observar las alteraciones, ya que pueden ser variadas.

Para ello, tras analizar la historia clínica, los factores de riesgo, la realización de la exploración intraoral y descartar otras causas, la prueba más adecuada será una biopsia de la lesión, ya sea por cepillado oral o por escisión, si bien esta última es más invasiva, pero también es la que ofrece los resultados más precisos.

Las alteraciones que se podrán encontrar pueden ser reacciones fisiológicas normales, cambios benignos, premalignos o malignos. Una de las alteraciones epiteliales más comunes es la hiperqueratosis y la acantosis, apareciendo la

hiperortoqueratosis en muchas lesiones epiteliales malignas y premalignas. Por lo general, tras un análisis histológico, se ha demostrado que la mayoría de los casos (cerca del 80 %) presentan una hiperplasia epitelial. El restante 20 % desarrollarían displasia epitelial, que podrán ser, a su vez, leves, moderadas o severas.

Hay que tener en cuenta que la displasia es lo que aumenta el riesgo de malignización, donde hasta un 40 % de las lesiones con displasia epitelial severa podrán malignizarse. La edad avanzada, evolución prolongada en el tiempo, la localización, tamaño de la lesión son algunos de los factores que contribuyen a la mayor tasa de malignización. Ya que mencionamos con anterioridad la leucoplasia verrugosa proliferativa, aquí también merece una mención especial, ya que tiene una tasa de malignización de más del 50 %, con un riesgo elevado de desarrollo tumoral múltiple.

A la hora de tratar a los pacientes, siempre hay que tenerles informados sobre el estado de su lesión, sobre todo si se trata de una lesión precancerosa o cancerosa. El tratamiento dependerá de la naturaleza de la lesión. Si no existe ningún tipo de displasia, se podrá intentar modificar los factores etiológicos que han causado la lesión, como eliminar el alcohol, el tabaco o, a veces y en los casos de la leucoplasia pilosa, tomar ciertos medicamentos para controlar el virus de Epstein-Barr. En el caso de las leucoplasias con displasia, lo ideal sería su extirpación completa, lo cual puede resultar difícil en lesiones grandes. Para ello se usará la cirugía clásica, el láser o la crioterapia.

Sin embargo, también hay información acerca de la reaparición de lesiones ya extirpadas. Esto dificulta su tratamiento, ya algunos estudios han sugerido que la tasa de malignización ha aumentado en lesiones tratadas quirúrgicamente de forma repetida. Aún no se tiene mucha información al respecto, por lo que lo esencial es realizar seguimientos de las lesiones, como mínimo con revisiones anuales si se trata de lesiones sin displasias, y cada 3 meses si son con displasia. Las biopsias son importantes para ir observando la evolución de la lesión.

5 Discusión-Conclusión

La leucoplasia oral es una de esas patologías que pueden tener múltiples causas y que a pesar de ser relativamente comunes, todavía producen desacuerdos entre los profesionales, ya sea sobre su clasificación, su tratamiento, los datos estadísticos de los afectados o incluso la propia terminología.

Sea como fuere, se recalca la importancia de llevar revisiones periódicas una vez diagnosticada la lesión. Teniendo en cuenta que las lesiones homogéneas rara

vez producen síntomas palpables, aquí es cuando sería muy útil la revisión periódica en el odontólogo, ya que muchas de esas lesiones se pueden observar en revisiones rutinarias, puesto que no causan molestias.

También es otra muestra de que los hábitos parafuncionales como el tabaco y el alcohol tienen consecuencias sobre la salud.

6 Bibliografía

*Sapp, J. P.; Eversole, L. R.; Wysocki, G. P. (2004). Patología oral y maxilofacial contemporánea. (pp. 164-165). Madrid, S.A. ELSEVIER ESPAÑA, 2a edición.

*MJ. García-Pola Vallejo, JM. García Martín. Leucoplasia oral. Revista Atención Primaria Vol. 29. Núm. 1. [en línea]. páginas 39-49 (enero de 2002). Recuperado el 28 de marzo de 2020 de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-leucoplasia-oral-13025586>.

*Palmerin Donoso, A.; Cantero A.M.; Tejero-Mas, M. Leucoplasia oral. Atención Revista Atención Primaria Vol. 52. Núm. 10 [en línea]. Páginas 59-60 (enero de 2019). Recuperado el 28 de marzo de 2020 de https://www.researchgate.net/publication/332644866_Leucoplasia_oral

*(Autor desconocido). Leucoplasia oral. Brigham and Women's Hospital. Division of Oral Medicine and Dentistry. Recuperado el 29 de marzo de 2020 de <https://www.brighamandwomens.org/assets/BWH/surgery/oral-medicine-and-dentistry/pdfs/leucoplasia-oral-spanish-bwh.pdf>.

*S.C. Aguas, H.E. Lanfranchi Tizeira. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología (UBA). Año 2004. Vol. 19. No 47. [en línea]. Recuperado el 28 de marzo de 2020 de <http://od.odontologia.uba.ar/revista/2004vol19num47/art4.pdf>

*Shanbhag VL. New definition proposed for oral leukoplakia. Dent Res Junio 2017; 14:297-8. Recuperado el 29 de marzo de 2020 de https://www.researchgate.net/publication/318705629_New_definition_proposed_for_oral_leukoplakia

*MJ. García-Pola Vallejo, JM. García Martín, J. Seoane Leston. Enfoque del diagnóstico y el tratamiento en la leucoplasia oral. Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 20 de noviembre, 2003. Recuperado el 29 de marzo de 2020 de <http://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/20084>

*Escribano-Bermejo M., Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. Avances en Odontoestomatología, Vol. 25, N. o 2, Madrid, marzo/abril

2009. Recuperado el 28 de marzo de 2020 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000200004

*(Autor desconocido). Leukoplakia. Mayo Clinic. Recuperado el 29 de marzo de 2020 de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/leukoplakia/symptoms-causes/syc-20354405>

*MA. González Moles, L. González Ruiz. Leucoplasia oral, una revisión de los aspectos esenciales de su diagnóstico y tratamiento. Actualidad médica. Número 803. Enero/abril 2018. (pp. 44-46) Recuperado el 28 de marzo de 2020 de <https://www.actualidadmedica.es/archivo/2018/803/ao01.html>

Capítulo 315

ANÁLISIS DE CÁLCULOS URINARIOS

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CARLA BERNAL DOMENECH

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

SERGIO PARDO TORRIJOS

ALBA CALDERÓN DE JUAN

1 Introducción

Los riñones son los órganos principales del sistema urinario. Se encargan de la excreción de sustancias de desecho a través de la orina y cuentan con otras funciones muy importantes, entre ellas la regulación del equilibrio del medio interno del organismo (homeostasis), controlando el volumen de los líquidos extracelulares, la osmolaridad del plasma sanguíneo, el balance de electrolitos y el pH del medio interno. Además, el riñón fabrica hormonas como la eritropoyetina, que regula la producción de glóbulos rojos de la sangre y la renina, que regula la presión arterial.

La filtración glomerular es el proceso en el cual el plasma es filtrado en los capilares glomerulares y entregado a la cápsula de Bowman. Este líquido que filtra a través de la membrana glomerular hacia la cápsula de Bowman se denomina filtrado glomerular. La membrana de los capilares glomerulares recibe el nombre de membrana glomerular, es análoga a la de los demás capilares, aunque 25 veces más porosa y, en consecuencia, permite un mayor filtrado de agua y solutos. El plasma que atraviesa el glomérulo pierde más del 10% de su volumen.

El filtrado glomerular tiene una composición casi idéntica a la del plasma de la sangre, sin células sanguíneas y proteínas a las cuales son impermeables las membranas, es decir, contiene especies útiles como glucosa, sales minerales, aminoácidos y desechos como urea.

La tasa de filtración glomerular normal es de 180L / 24 horas.

Los cálculos urinarios se forman por precipitación de sustancias presentes en el filtrado glomerular. La precipitación es en forma de cristales como consecuencia de posibles alteraciones urinarias: sobresaturación, cambio de pH...

Los cristales se depositan en la superficie de las papilas renales, fragmentándose y emigrando al uréter. Pueden permanecer en la vejiga o salir al exterior.

El 80% de los cálculos son de origen renal.

2 Objetivos

- Conocer cómo se forman los cálculos urinarios.
- Aprender a identificar y valorar el análisis de cálculos urinarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos realizado un análisis y revisión bibliográfica, además de una exhaustiva búsqueda sistemática en artículos, páginas webs, libros y documentos sobre el tema que se trata.

También nos hemos basado en trabajos de investigación actualizados para aportar así información relevante.

4 Resultados

Los cálculos urinarios se clasifican según:

1.- En función del tamaño:

- Arenillas
- Arenas gruesas
- Cálculos

2.- En función de los componentes:

- Cálculos simples
- Cálculos mixtos

3.- En función del componente principal:

- Cálculos que contienen calcio: oxalato cálcico, oxalato fosfato cálcico y fosfato cálcico
- Cálculos de fosfato amónico magnésico
- Cálculos que contienen ácido úrico
- Cálculos que contienen cistina.

Las alteraciones que favorecen su formación son las siguientes:

1) Aumento en la concentración urinaria de las sustancias constituyentes:

- reducción del volumen urinario (estado de deshidratación)
 - excreción aumentada de la sustancia generadora del cálculo (excesos en la dieta).
- 2) Cambios en el pH urinario: la precipitación de los cristales está favorecida por el pH de la orina.
- orina ácida: cálculos de uratos y oxalatos
 - orina alcalina: fosfatos.

3) Infecciones por microorganismos ureasa +:

- Proteus, Klebsiella, Pseudomonas son géneros que al desdoblar la urea, elevan el pH y la concentración de amoniaco en la orina que favorece la formación de cálculos mixtos de amonio y fosfatos.

4) Estasis urinaria

- Parada o enlentecimiento de la excreción urinaria por malformaciones u obstrucciones en el tracto urinario, que favorecen la cristalización.

5) Trastornos metabólicos:

- Como la cisturia (defecto genético) y la gota (uricemia) que pueden dar lugar a cálculos de cistina y ácido úrico.
- Presencia de promotores o ausencia de inhibidores de la cristalización en la orina: restos celulares favorecen la formación de cálculos, presencia de citrato y magnesio la inhiben.

Para el estudio macroscópico de cálculos urinarios es necesario:

- Lavar el cálculo para eliminar pus, tejidos, sangre y moco procedentes del arrastre.
- Medir el cálculo en centímetros
- Describir las características macroscópicas: aspecto, peso, color y forma.
- Cortar y observar su aspecto interno buscando cualquier cuerpo extraño que haya podido servir de núcleo.

La determinación química de los cálculos urinarios se lleva a cabo mediante:

- Espectroscopia infrarroja
- Microscopía óptica
- Difracción por rayos X
- Análisis químico cualitativo o marcha analítica del cálculo. Para ello:

*Se pulveriza el cálculo

*Se realizan reacciones químicas

Presentan como inconveniente no diferenciar la estructura cristalina y dar falsos resultados positivos y negativos.

5 Discusión-Conclusión

La determinación y valoración de un cálculo urinario es importante para poder ofrecer un resultado que, entre otras cosas, servir para dar un tratamiento para tratar los síntomas que provocan estos cálculos.

Estos síntomas varían según el tamaño del cálculo, de la composición y ubicación de este en el aparato urinario. Dichos síntomas pueden ser los siguientes:

-Litiasis asintomática: muchos cálculos no producen síntomas. Suelen ser cálculos que, por su pequeño tamaño, pueden pasar desapercibidos.

-Cólico nefrítico: es el proceso más frecuente causado por los cálculos urinarios y se produce cuando uno de ellos causa un taponamiento de la salida de orina desde el riñón. Esto provoca un dolor intensísimo que aparece típicamente en la zona renal (espalda baja) y se extiende hacia la porción anterior del abdomen y a los genitales. El dolor sube y baja intermitentemente y el paciente no encuentra ninguna postura que le alivie. En muchas ocasiones aparecen náuseas, vómitos, sudoración profusa e hinchazón abdominal. Casi nunca provoca fiebre.

-Dolor lumbar: en ocasiones, el dolor de los cálculos es menos aparente. Suele ser fijo y continuo en la zona lumbar, que es la que recubre los riñones. Este dolor se puede confundir con los dolores de huesos y articulaciones de origen reumático.

-Infecciones de orina: hay un grupo de cálculos que son consecuencia de unas infecciones renales especiales y que sólo se manifiestan por la aparición de infecciones, ya sea de la vejiga

(cistitis) o del propio riñón (pielonefritis).

-Hematuria: significa que la orina contiene sangre. Puede ser visible a simple vista (hematuria macroscópica) o, por el contrario, apreciarse únicamente mediante un análisis microscópico

(microhematuria). La hematuria aparece debido a las pequeñas heridas que produce la piedra a su paso por el interior de los órganos afectados. A veces es su única manifestación.

6 Bibliografía

Análisis de cálculos renales. (s. f.). <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-delaboratorio/analisis-de-calculos-renales/>

Cálculos renales. (s. f.). <https://www.labtestsonline.es/tests/calculos-renales>

Preminger, G. M. (2023, 3 agosto). Cálculos urinarios. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-urogenitales/c%C3%A1lculosurinarios/c%C3%A1lculos-urinarios>

Cálculos renales - síntomas y causas - Mayo Clinic. (2022, 3 junio). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/kidney-stones/symptoms-causes/syc20355755>

Colaboradores de Wikipedia. (2023). Cálculo renal. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1lculo_renal

Capítulo 316

ESTUDIO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

ALBA CALDERÓN DE JUAN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

CARLA BERNAL DOMENECH

SERGIO PARDO TORRIJOS

1 Introducción

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es el líquido acuoso contenido en los ventrículos cerebrales, en los espacios subaracnoideos y en el conducto medular.

Sus funciones son:

- Actuar como amortiguador y protege de traumatismos al sistema nervioso central.
- Proporcionar al encéfalo el soporte hidroneumático necesario contra la excesiva presión local.
- Servir como reservorio y ayuda en la regulación del contenido del cráneo.

El líquido cefalorraquídeo está compuesto principalmente por: agua, sodio, potasio, calcio, cloro, sales inorgánicas (fosfatos) y componentes orgánicos (producidos por las células gliales)

Un LCR normal es incoloro, inodoro y con una viscosidad similar a la del agua (por lo que se compara con el agua de roca).

Un LCR patológico presenta normalmente alteraciones del aspecto o turbidez. Estas alteraciones nos alertan de la presencia de altas concentraciones de leucocitos, eritrocitos, microorganismos o proteínas.

Si hay alteraciones del color: a) LCR hemático o hemorrágico. Sugiere la presencia de sangre y puede ser el resultado de una punción traumática o de una hemorragia subaracnoidea o intracerebral, o de un traumatismo. Si la punción es traumática, el tercer tubo de los cuatro que se adquieren en la punción presentará un menor tono rojizo. b) LCR xantocrómico. Hace referencia a la coloración rosada o anaranjada del sobrenadante del LCR después de haberlo centrifugado. La xantocromía aparece entre 2-4 horas después de producirse una hemorragia subaracnoidea y debido a que los hematíes se rompen y liberan su hemoglobina. Pasadas 12 horas tras la hemorragia, aparece un color amarillento que alcanza una intensidad máxima entre las 24 y las 36 horas y desaparece entre los cuatro y los ocho días, pudiendo estar presente hasta cuatro semanas. El sobrenadante de las muestras de punción traumática es transparente.

2 Objetivos

- Informar sobre características del líquido cefalorraquídeo en humanos.
- Exponer patologías que pueden ser diagnosticadas estudiando el líquido cefalorraquídeo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de información relevante en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica actualizada.

Además, se ha realizado una exhaustiva búsqueda en libros, artículos y páginas webs específicas que abarquen este tipo de muestra biológica.

4 Resultados

Para el estudio del líquido cefalorraquídeo se realiza tanto un estudio bioquímico como microscópico.

Dentro del estudio bioquímico se valoran los siguientes parámetros:

1) Glucosa

Atraviesa la barrera hematoencefálica

La concentración de glucosa en LCR depende de su concentración en plasma.

Determinar glucosa en LCR y suero simultáneamente

Valores de glucosa en LCR: 50-80 % de su concentración en suero.

Valores altos irrelevantes clínicamente

Valores bajos: debido a consumo de glucosa por bacterias, parásitos y células tumorales

(aparecen en meningitis bacterianas, toxoplasmosis.)

2) Proteínas

Atraviesan la barrera hematoencefálica en función de su tamaño, carga, concentración y estado de la barrera.

Valores de referencia: 15-45 mg/dl (son mayores en recién nacidos y aumentan con la edad).

Valores elevados permiten diferenciar meningitis bacterianas (más de 150 mg/dl) de las no bacterianas.

3) Enzimas

LDH: valores elevados sugieren meningitis bacterianas

Adenosina desaminasa: Valores superiores a 10U/l sugieren meningitis tuberculosa.

4) Lactato

No atraviesa la barrera hematoencefálica

Su presencia aparece en incremento del metabolismo anaeróbico del sistema nervioso central (SNC) y de la actividad leucocitaria (compatible con meningitis bacteriana y fúngica)

En el estudio microscópico se realiza un recuento de células nucleadas en LCR

Para ello hay que tener en cuenta:

Su realización Antes de dos horas desde su recepción en el laboratorio

Sin dilución salvo que el recuento celular sea alto. En este caso se emplea líquido de Turck como diluyente y se cuentan en cámara. Se centrifuga a 10.000 rpm durante 10min. Se decanta y se realiza frotis con el sedimento.

Valores de referencia: 0-5 células /microlitro.

Entre 10-30 células /ul: pleocitosis ligera o moderada (meningitis tuberculosa: predominan los linfocitos)

Más de 100 células/ul: pleocitosis marcada.

Meningitis bacteriana (predominio de polimorfonucleares).

Meningitis tuberculosa grave (con linfocitos y monocitos)

Meningitis víricas (con linfocitos y células plasmáticas)

El análisis del LCR es importante, ya que puede ayudar al diagnóstico de ciertas enfermedades que afectan al Sistema Nervioso Central, como pueden ser:

-Meningitis: Se trata de la inflamación de las meninges, es decir, de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal.

-Esclerosis múltiple: Consiste en una enfermedad autoinmune que causa afección en el cerebro y la médula espinal.

- Sangrados

-Encefalitis: Consiste en la inflamación o hinchazón del cerebro, usualmente causada por una infección.

5 Discusión-Conclusión

El análisis del líquido cefalorraquídeo, como hemos visto, se trata de unas determinaciones que se utiliza para poder diagnosticar enfermedades que afectan al sistema nervioso central, es decir, anomalías que afectan al cerebro y/o la médula espinal. Dichas determinaciones se usan para medir sustancias que pueden ayudar al diagnóstico de enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, trastornos autoinmunitarios, sangrado en el cerebro, tumores cerebrales, enfermedad de Alzheimer, entre otras.

Es muy importante realizar una buena valoración del aspecto, y de su estudio bioquímico y también microscópico, ya que su determinación implicará un diagnóstico y su tratamiento por parte del médico.

6 Bibliografía

1.Reguera, R. M. (2014). Interpretación del líquido cefalorraquídeo. Anales de Pediatría

Continuada, 12(1), 30-33. [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(14\)70164-7](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(14)70164-7)

2.Análisis del líquido cefalorraquídeo. (s. f.-b). <https://www.labtestsonline.es/tests/analisis-delliquido-cefalorraquideo>

Juan, J. Y. C. (1967b). Estudio electroforético de las proteínas del L.C.R. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=151854>

3.Análisis del líquido cefalorraquídeo. (s. f.-c). <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-delaboratorio/analisis-del-liquido-cefalorraquideo/>

Prueba - análisis - líquido-cefalorraquídeo - que es, para que se realiza y cómo se realiza. (s. f.). <https://www.saludemia.com/-/prueba-analisis-liquido-cefalorraquideo>.

Capítulo 317

DETERMINACIÓN DE ÁCIDO LÁCTICO Y PIRÚVICO

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

CARLA BERNAL DOMENECH

ALBA CALDERÓN DE JUAN

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

SERGIO PARDO TORRIJOS

1 Introducción

El ácido pirúvico es el producto final del metabolismo de la glucosa mediante la glucólisis en condiciones normales. Es el sustrato clave para la producción de energía.

Antes de entrar en la mitocondria, se puede convertir en lactato mediante una reacción anaeróbica de menor rendimiento energético, cuando la vía principal está interferida. También puede convertirse en alanina. Dentro de la mitocondria, puede transformarse, mediante la PDH en acetil CoA, punto de entrada del ciclo de Krebs.

Para la determinación del piruvato la muestra a analizar es plasma recogido sobre EDTA, con una previa desproteinización durante 10 min con ácido perclórico al 8% en hielo. Posteriormente se centrifuga y se trabaja con el sobrenadante. Su determinación es espectrofotométrica empleándose para su medida la reacción inversa a la usada para medir el lactato.

Su determinación aislada no tiene utilidad clínica relevante. Pero su determinación simultánea con el lactato es indispensable en el diagnóstico de varios errores innatos del metabolismo, asociados con acidosis láctica (ocasionada por niveles elevados de láctico o de piruvato).

La conversión de piruvato a lactato se activa cuando una deficiencia de oxígeno da lugar a una acumulación excesiva de NADH que impide la glucólisis. El paso de piruvato a lactato regenera los niveles de NAD⁺.

Las causas de la deficiencia de oxígeno pueden ser debidas a:

- Disminución del flujo sanguíneo (shock o septicemia).
- Presión de oxígeno disminuida (enfermedad pulmonar etc.)
- Menos frecuentemente por cambios metabólicos locales, como aumentada actividad muscular (ejercicio severo, estado epiléptico), tumor (leucemias, linfomas) o metabolismo hepático alterado (intoxicación alcohólica).

Al aumentar el lactato en los tejidos (como hígado, músculo esquelético) y en los eritrocitos, se produce una difusión hacia el exterior de estos tejidos y empieza a aumentar el lactato en sangre.

Si se produce aumento en la concentración de oxígeno el lactato se metaboliza a piruvato.

2 Objetivos

- Conocer la utilidad que tiene el análisis de ácido láctico y pirúvico y cómo podemos determinarlo.
- Aprender cómo se trabaja esta muestra en el laboratorio.
- Entender cómo se forman en el organismo estos ácidos para poder valorar su medición.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 muestra para la determinación del ácido láctico y piruvato se realiza en sangre total o plasma recogido sobre heparina (conservación en frío y separación antes de 15 min para evitar la glucólisis anaerobia) o sobre EDTA con inhibidores de la glucólisis. No se debe emplear suero. En el líquido cefalorraquídeo (LCR) se emplea directamente sin tratar.

En estado normal, el lactato en sangre es de un valor inferior a 2 mmol/L.

El ácido láctico aumenta de forma fisiológica con el ejercicio, dato que hay que tener en cuenta. Al realizar ejercicio físico el nivel de lactato en sangre puede aumentar hasta alcanzar alrededor de 12mmol/L. En este caso, el piruvato se eleva de la misma forma por lo tanto, la relación piruvato/lactato se conserva dentro de los parámetros normales.

La acumulación de lactato puede inducir a un problema a nivel celular de todo el organismo dando lugar a la acidosis láctica.

Como hemos mencionado, la acidosis láctica se produce por la aglomeración de lactato cuando el oxígeno es insuficiente para cumplir las necesidades energéticas y por lo tanto el pH sanguíneo es menor a 7,35 y la concentración de lactato es alta.

Existen 2 tipos de acidosis láctica:

TIPO A: Suele darse en la mayoría de los casos por un shock o parada cardio-respiratoria debido a una bajada de oxígeno en los tejidos.

TIPO B: Suele producirse por una elevada producción de piruvato y lactato no asociada a hipoxia.

Para la toma de muestras hay que seguir las siguientes pautas:

- La extracción se realizará tras un periodo de reposo.
- Se deben evitar movimientos del brazo y de la mano antes de la extracción.
- No hay que emplear torniquete para evitar favorecer la acumulación de lactato por éctasis venosa.

Para la determinación del lactato se utiliza:

1.- Métodos amperométricos:

- Miden la intensidad de corriente al aplicar un voltaje que desencadena una reacción.
- Se emplea un electrodo sensible al lactato.
- Se utilizan conjuntamente con las gasometrías.

2.- Métodos espectrofotométricos:

- Permiten determinar concentraciones de lactato en plasma y LCR

-Emplean como enzimas la láctico deshidrogenasa y la lactato oxidasa y como reacciones acopladas la peroxidasa para producir una reacción coloreada.

Hay que tener en cuenta que existen medicamentos, sustancias o condiciones que alteran los valores aumentándolos o disminuyéndolos, como son por ejemplo los siguientes: a) Incrementan el valor:

-Aspirina

-Epinefrina

-Azúcares como: glucosa, fructosa

-Bicarbonato sódico

-Ácido nalidíxico b) Disminuyen el valor:

-Morfina

5 Discusión-Conclusión

La determinación de lactato en sangre es significativa para valorar algunos cuadros clínicos, por lo que en los laboratorios de urgencias es de vital importancia que esté disponible su medición, normalmente viene incluido en los gasómetros.

Su análisis en LCR sirve para sospechar o tener indicios ante patologías infecciosas como por ejemplo una meningitis, o en situaciones de hipoxia cerebral u otras enfermedades.

La muestra para obtenerla en buenas condiciones para su análisis debe ser con el paciente en ayunas y en estado de reposo, sin que este haya realizado ejercicio previamente, ya que como hemos comentado en el presente capítulo los valores se verían alterados.

En su toma no se debe usar torniquete y el paciente debe tener un estado de calma. Además, es importante que la recogida de la muestra sea en el envase adecuado según en qué muestra se vaya a realizar su medición siguiendo las respectivas indicaciones en cada caso.

En muestras de sangre lo ideal son su recogido en tubos de heparina y su análisis lo más inmediatamente posible, y si no es así se debe mantener en frío.

En muestras de LCR debe llevarse de forma urgente y prioritaria al laboratorio para realizar su medición en el momento.

En muestras de plasma se puede medir con tubos de EDTA o fluoruro-EDTA y si es plasma heparinizado se debe conservar en frío.

Las muestras en suero se pueden realizar pero no son aconsejables para la determinación de lactato por lo que no se usa normalmente.

Podemos ver que seguir todas las debidas pautas es de vital importancia para poder dar un resultado fiable y así un diagnóstico para así poder el clínico actuar y dar un tratamiento adecuado al paciente.

6 Bibliografía

1. Prueba de ácido láctico. (S. f.). <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-acido-lactico/>.
2. Torres, M. G., & Gómez, S. P. M. (2019). ÁCIDO LÁCTICO: UNA REVISIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE DETERMINACIÓN y PURIFICACIÓN. *Biociencias*, 14(2), 111-141. <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.6027>.
3. Lewis, J. L., III. (2023, 3 agosto). Acidosis láctica. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/regulaci%C3%B3n-y-trastornos-del-equilibrio-%C3%A1cido-base/acidosis-l%C3%A1ctica>
4. <https://www.labtestsonline.es/tests/lactato>.

Capítulo 318

ERRORES DE LA FASE PREANALÍTICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

1 Introducción

Los laboratorios clínicos constituyen establecimientos donde se procesan muestras biológicas de todo tipo con la finalidad de servir de apoyo al diagnóstico clínico definitivo (el 70% de las decisiones clínicas se toman en base a las conclusiones del laboratorio) por lo que es necesario que los resultados sean precisos y fiables. Es por eso que actualmente están sujetos a distintos protocolos de calidad. Durante mucho tiempo se han estudiado las distintas fases del procesamiento de muestras: preanalítica, analítica y postanalítica, siendo la fase preanalítica la que suma una mayor tasa de errores frente a la fase analítica, la cual es la que menos acumula al estar cada día más automatizada y ser, por tanto, susceptible de mejora gracias a los avances informáticos y tecnológicos.

Las causas de error más frecuentes en la fase preanalítica abarcan desde una mala solicitud del examen por parte del peticionario hasta una toma de muestra defec-

tuosa por el personal de enfermería, que puede implicar hemólisis, mal enrasado o muestras mal identificadas.

Por tanto, la necesidad de reducir errores en esta etapa del proceso, conllevan la búsqueda por parte del laboratorio, de estrategias para identificar y minimizar dichos errores, lo cual es algo beneficioso para mejorar la atención y seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Describir los principales errores en las distintas fases del procesamiento analítico (preanalítica, analítica y postanalítica) en un hospital universitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado una investigación exhaustiva y contrastada mediante una búsqueda bibliográfica avanzada utilizando distintos filtros, tales como “fecha de publicación” y “disponibilidad del documento” en distintos buscadores de base científica como son Scielo y Pubmed, haciendo uso de las palabras clave “fase preanalítica”, “errores en la fase preanalítica”, “minimizar errores de la fase preanalítica”.

La búsqueda se ha realizado tanto en castellano como en inglés para poder abarcar una mayor cantidad de información.

4 Resultados

Tras un exhaustivo estudio observacional retrospectivo, los errores preanalíticos más frecuentes fueron clasificados en base a estos criterios:

1. Pruebas mal solicitadas por parte del peticionario
2. Muestras mal identificadas a) Tubos con etiquetado doble b) Tubos sin etiquetar c) Tubos identificados con etiqueta de otro paciente
3. Errores de volumen a) Muestra insuficiente b) Muestra mal enrasada
4. Muestras mal extraídas/recogidas a) Muestras hemolizadas b) Muestras coaguladas c) Muestras contaminadas d) Contenedor inadecuado
5. Muestras mal transportadas a) Medio de transporte inadecuado b) Muestras no recibidas c) Muestras mal conservadas d) Muestras derramadas

Para la obtención de nuestros resultados, se recopilaron en una tabla (tabla 1) todos los errores de la fase preanalítica durante un mes y se analizaron mediante

la representación gráfica de distintos diagramas de sectores, obteniendo así los porcentajes totales de error en esta fase, así como los errores más comunes.

En el caso del Hospital General Universitario de Ciudad Real se obtuvieron los siguientes resultados tras la recopilación de datos en base a 37.560 muestras procesadas a lo largo de 30 días:

Como podemos observar en nuestra tabla 1, 13.650 muestras fueron rechazadas frente a las 23.910 procesadas del total de 37.560 que fueron enviadas al laboratorio. Si representamos estos datos en un diagrama de sectores (diagrama 1) obtenemos que el 36% de las muestras totales presentan algún tipo de error durante la fase preanalítica.

Por otro lado, si representamos nuestros datos en función de los tipos de errores más comunes (diagrama 2), observamos que los que se producen mayoritariamente son aquellos derivados de una mala extracción o una mala recogida de la muestra, representando estos un 34% del total, seguidos de aquellas muestras mal transportadas (24%) y errores de volumen (23%).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir con que los errores preanalíticos siguen siendo los más abundantes de entre todas las fases que atraviesan las muestras, suponiendo un grave problema a la hora de emitir resultados fiables y seguros para el paciente.

Como hemos observado en nuestro estudio, los más abundantes son aquellos derivados de la extracción y recogida de la muestra por parte del personal sanitario y aquellos que implican el transporte.

Para resolverlo, los laboratorios deben estar sujetos a distintos protocolos de calidad y deben ser sometidos a auditorías periódicas; así como también es necesaria una estandarización de la metodología y una formación continuada de todo el personal implicado en cada una de las fases.

6 Bibliografía

- Iqbal MS, Tabassum A, Arbaeen AF, Qasem AH, Elshemi AG, Almasmoum H. Preanalytical errors in a hematology laboratory: An experience from a tertiary

- care center. Diagnostics (Basel) [Internet]. 2023 [citado el 10 de septiembre de 2023]; 13(4):591. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics13040591>
- San Miguel Hernández A, de la Fuente Alonso P, Garrote Adrados JA, Lobo Valentin R, Lurueña ML, Eiros Bouza JM. Minimización de errores preanalíticos y su repercusión en el control del laboratorio clínico. Rev lab clín [Internet]. 2018 [citado el 10 de septiembre de 2023]; 11(1):51–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-minimizacion-errores-preanaliticos-su-repercusion-S1888400817300314>
 - Cadamuro J, Simundic A-M. The preanalytical phase – from an instrument-centred to a patient-centred laboratory medicine. Clin Chem Lab Med [Internet]. 2023; 61(5):732–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/cclm-2022-1036>
 - Murillo Guillén L. Plan de mejora de procesos de fase preanalítica en el laboratorio clínico “Clodomiro Picado Twilight” del Hospital San Juan de Dios de Costa Rica durante el período diciembre 2022-abril 2023. 2023 [citado el 10 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/89665>
 - Mamani Huanca L. ERRORES EN LA FASE PREANALITICA: PUNTO CRÍTICO DEL LABORATORIO CLINICO. 2023. Disponible en: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/39064>
 - Zorbozan O, Zorbozan N. Evaluation of preanalytical and postanalytical phases in clinical biochemistry laboratory according to IFCC laboratory errors and patient safety specifications. Biochem Med (Zagreb) [Internet]. 2022 [citado el 10 de septiembre de 2023]; 32(3):357–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11613/bm.2022.030701>

Capítulo 319

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS Y EL PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA

DIANA MARIA BORS

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El quirófano es aquella sala acondicionada que puede encontrarse en sanatorios, hospitales o centros dirigidos a la atención médica y que está dedicado a la realización de intervenciones quirúrgicas en aquellos pacientes que lo requieran por ciertas razones o problemas de salud.

En el interior de este área quirúrgica, también se pueden desempeñar otras actividades como la administración de anestesia, acciones de reanimación, y otras más actividades previas a la operación quirúrgica.

En el interior o en las inmediaciones de este área se deben de tener unas exigencias y unas condiciones que debe de cumplir este servicio:

- debe de estar en un espacio cerrado.

- debe de estar instalado en un lugar apartado del resto de instalaciones del servicio hospitalario debido a que es un servicio delicado y debe de estar apartado de todos los agentes contaminantes, pero cerca del laboratorio, sala de emergencias, banco de sangre, etc.
- el paso de personas por este área debe de ser mínimo, solo se permite la entrada al personal sanitario que vaya a participar en la intervención quirúrgica, pero deben de precisar una autorización.
- la limpieza y desinfección debe de ser estricta y rigurosa porque debe de estar alejado de todo tipo de contaminación que exista porque puede influir de forma negativa en el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer el servicio de quirófano y cuáles son las diferentes funciones que puede realizar el técnico de rayos en el quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El equipo de profesionales sanitarios y el resto de miembros del grupo deben de tener en cuenta una serie de características:

- Se puede cambiar la altura, la inclinación o la orientación de la camilla donde se coloca al paciente para su operación que debe de estar en el centro de la sala de operaciones.
- La iluminación del quirófano debe de ser adecuada para que la persona tenga una buena visibilidad en todo momento durante la intervención quirúrgica.
- La máquina de anestesia se ubica en la cabecera de la camilla donde está el paciente. Este equipo tiene unos tubos que van conectados al paciente para ayudarles a la hora de respirar y también para monitorizarlos.

- Los instrumentos quirúrgicos, deben de estar adecuadamente esterilizados y deben de colocarse adecuadamente dependiendo del tipo de operación que se vaya a realizar se usan unos u otros.
- El carro de la anestesia está al lado del equipo de anestesia, donde están las medicinas, equipos, etc.

Dentro de este servicio, hay diferentes áreas:

- Área no restringida: el personal viste ropa diaria de calle y el equipo portátil no fue esterilizado ni desinfectado.
- Área de transición: las personas se están preparando para entrar en estas áreas semirrestringidas o restringidas, donde se ponen el pijama quirúrgico y necesitan un justificante para acceder a este. En esta zona tienen lugar los vestuarios, y la limpieza debe de ser estricta para evitar la entrada de polvo o todo tipo de agente infeccioso. No se debe de meter bebidas ni comidas.
- Área semirrestringida: solo se puede entrar con el uniforme que se vaya a usar para la intervención quirúrgica, se encuentran también en los pasillos los almacenes con todo tipo de instrumental para las operaciones.
- Área restringida: son las más limpias del área quirúrgica porque es donde se encuentran los quirófanos donde entrará solo el personal que vaya a realizar la intervención quirúrgica.

Algunas de las funciones del técnico en rayos en el quirófano pueden ser las siguientes:

- Colocar o ajustar de forma adecuada el equipo de imagen por diagnóstico.
- Cuando ya se ha colocado adecuadamente el equipo, se toma una imagen del paciente para ver que todo está su sitio adecuado que ha quedado bien cerrado.
- Atender y cuidar a estos durante la estancia en el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el área quirúrgica y las funciones del técnico en rayos, se debe de tener en cuenta que este servicio está disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año. Ante cualquier problema de salud que pueda sufrir o padecer cualquier patología que pueda causar signos o síntomas y que se agrave de improviso, se debe acudir al servicio de urgencias para su atención sanitaria de inmediato mediante la actuación del gran equipo sanitario que forma la plantilla. Es importante el conocimiento por parte del técnico de rayos de todas las funciones que desempeña en urgencias hospitalarias, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el bienestar y evolución favorable del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 320

EL PROCESO DEL TÉCNICO DE RAYOS DE LIMPIEZA E HIGIENE DE EQUIPOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

DIANA MARIA BORS

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se denomina higiene al conjunto de técnicas o prácticas que realiza una persona o grupo de personas para eliminar todo tipo de agente patógeno o contaminante que pueda causar nocivo para la salud de las personas.

La higiene personal es un término fundamental para el aseo, limpieza y cuidado del cuerpo de las personas para tener o contar con una buena salud y prevenir todo tipo de problemas como enfermedades o infecciones. También es la rama o ciencia de la medicina que tiene por finalidad aumentar los años de vida y guardar y conservar la salud de todas las personas.

Esta palabra proviene del francés y también del griego. Hace referencia a la limpieza, aseo o el bien también cuya finalidad es mantener la buena salud de las personas y prevenir todo tipo de enfermedades e infecciones.

También se dice que es una práctica que tiene relación o tiene que ver con el estilo de vida, limpieza, salud y medicina. Esto son medidas que se acaban adquiriendo como rutinas diarias o hábitos que forman parte de nuestro día a día para obtener una buena salud y proteger el cuerpo de una persona creando barreras y medidas de seguridad para evitar problemas en la salud.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es conocer algunos métodos de higiene que se les aplique a los técnicos en rayos.

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 finalidad de la higiene en cualquier entorno o ámbito es mejorar la salud, conservarla y prevenir todo tipo de infecciones o enfermedades nocivas para la salud.

Se identifica como higiene a los diferentes factores que una persona adquiere para estar limpia mediante el uso de champú o jabón y también agua. También hace referencia a las relaciones sociales como por ejemplo:

- Limpieza y desinfección de lugares o de las personas.
- Rutinas o hábitos que optimizan la salud.
- Una pequeña parte de la rama de la medicina dedicada a mejorar la salud de las personas.
- Reconocer, evaluar y controlar los métodos o factores en las zonas de trabajo para prevenir enfermedades que sean altamente contagiosas y que dañen la salud, el bienestar, la incomodidad en los ciudadanos o trabajadores.
- La higiene incorrecta afecta tanto en la salud propia como en la salud de los demás con la presencia de enfermedades como conjuntivitis, diarrea, gripe común, infecciones en piel o uñas.

- Que la basura o elementos contaminados se coloquen en ciertos sitios como andar tirando la basura en el suelo, en parques, en áreas recreativas, etc.
- Las aguas contaminadas o no potables que son nocivas para el consumo propio para el lavado o para ingerirla puede causar problemas de diarrea o vómitos porque proceden de inodoros.

En los lugares de trabajo se debe de contar con una máquina expendedora de agua potable donde debe de tener acceso todo el personal y contar con vestuarios o zonas de higiene personal.

Algunas funciones en cuanto a los técnicos en rayos deben de ser:

Algunas de las medidas de protección o higiene radiológica se determinan en tres conceptos o términos como la distancia con los diferentes equipos que produzcan radiaciones nocivas en la salud, también se debe de tener en cuenta el tiempo de exposición y las medidas para absorber la radiación.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, en resumen se dice que la higiene es una disciplina que se encarga o se ocupa del bienestar de todas las personas. Por ello, la limpieza personal y de superficies es de gran importancia en todos los aspectos porque influye en nuestro día a día porque como se dice "la limpieza es salud".

Las personas creamos o adquirimos rutinas de higiene para conservar nuestra higiene y también cuidar las relaciones sociales junto con las enfermedades o infecciones que una persona pueda contraer debido a una mala higiene o carencia de limpieza en su vida diaria.

6 Bibliografía

1. Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8.
2. 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).

Capítulo 321

LA SEGURIDAD EN EL LABORATORIO

MARIAM CASADO FERNANDEZ

PILAR FERNANDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El riesgo es la posibilidad de que ocurra un peligro. Existen dos tipos de riesgos en los laboratorios: riesgos generales y riesgos específicos.

Se puede pensar en riesgos generales como aquellos riesgos que dependen esencialmente de rasgos comunes a las características del sitio, de los productos que allí se encuentran y de las actividades realizadas a lo largo del tiempo.

Los riesgos específicos son los riesgos asociados a la realización de cada actividad, experimento o práctica específica, teniendo en cuenta los riesgos que plantean las sustancias, materiales o equipos que se utilizarán para realizar las actividades, experimentos o prácticas específicas y su uso previsto.

Los riesgos se dividen en tres categorías: riesgos químicos, riesgos físicos y riesgos biológicos.

QUÍMICO

Los riesgos químicos son riesgos derivados de la exposición incontrolada a agentes químicos, es decir, cualquier elemento o compuesto químico producido, utilizado o expuesto durante las actividades laborales.

Se dividen en:

- Corrosivo: destruye el tejido sobre el que actúa.
- Irritación: Irritación de la piel o membranas mucosas en el lugar de contacto.
- Neumoconiosis: Efectos de la fibrosis pulmonar.
- Asfixiantes: Efectos de la hipoxia.
- Sensibilización: Efectos debidos a una reacción alérgica en el organismo.

- Carcinógenos, mutágenos y teratógenos: Efectos del cáncer, la modificación genética y las malformaciones respectivamente en la descendencia.
- Sistémico: cambios en órganos y sistemas específicos.
- Estupefacientes y Anestésicos: Pérdida de sensibilidad por la acción de los venenos sobre el tejido cerebral.

FISICOS:

Los riesgos físicos en los laboratorios se pueden dividir en las siguientes categorías:

- Mecánicos: Están relacionados con cualquier equipo de laboratorio.
- Energía térmica: frigoríficos, congeladores, incubadoras...
- Electricidad: Todos los equipos de laboratorio requieren electricidad, lo que puede provocar cortocircuitos.
- Radiación: Exposición a partículas Gamma, Beta o UVA.

BIOLÓGICOS

Los riesgos biológicos resultan de una protección o manipulación inadecuada de muestras contaminadas con agentes biológicos (es decir, microorganismos, parásitos internos, etc.) y pueden causar infección, alergia o toxicidad en humanos. La Organización Mundial de la Salud en su Manual de Bioseguridad en Laboratorios los divide en cuatro categorías según riesgo de infección, riesgo de propagación a la comunidad, prevención o tratamiento y equipo especial de contención.

2 Objetivos

- Saber qué es un riesgo y cuáles existen en el laboratorio.
- Conocer qué es un riesgo químico, físico y biológico y sus clasificaciones.
- Mencionar las primeras medidas preventivas.
- Puntualizar las cuatro medidas preventivas básicas en un laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Primera medida preventiva.

La primera y más eficaz medida es implementar un sistema de gestión preventiva, el cual debe ser realizado por personas con la preparación adecuada y la información relevante.

1. Identificar los riesgos, tanto de forma aislada como aquellos que puedan surgir de la interacción de diferentes actividades.
2. Diseñar medidas preventivas, para lo cual se deberá obtener información adicional sobre los riesgos.
3. Eliminar y reducir riesgos Las medidas preventivas deben intentar eliminar el mayor número posible de riesgos y reducir al mínimo otros riesgos para garantizar que en todos los casos los riesgos residuales no supongan una amenaza grave para la salud del personal relevante.

Medidas preventivas básicas.

La prevención de daños se basa en cuatro principios fundamentales:

1. Gestión global del laboratorio: considera diseño, distribución, equipamiento, mantenimiento, proveedores y almacenamiento.
2. Medidas de protección: Protección total (protección de múltiples personas) y personal, también conocido como equipo de protección individual (EPI).
3. Prácticas y comportamientos de higiene: por ejemplo, batas y ropa cerrada, calzado de trabajo y cerrado, todas las pertenencias. Antes de salir del laboratorio, además de lavarse bien las manos, se debe mantener el cabello en su sitio, no se deben usar pulseras, collares ni manos grandes, no se deben usar lentes de contacto y no se debe beber, comer, comer ni pajitas. están permitidos en el laboratorio.
4. Información y formación: es decir, desarrollar un sistema de información y formación que permita a todos los usuarios del laboratorio comprender sus recursos y problemas. La atención debe centrarse en el nuevo personal y los estudiantes, quienes deben recibir mensajes claros.

En general, las precauciones para reducir los riesgos de las sustancias anteriores son las siguientes:

- Comprender los peligros de la sustancia.
- Tener conocimientos adecuados sobre prácticas laborales seguras.
- Encontrar y mantener las mejores prácticas.
- Utilizar el producto que mejor se adapte a las necesidades de cada uno.
- Disponer de un buen plan de seguridad, realizar inspecciones periódicas y reparar cualquier daño lo antes posible.

- Considerar aspectos de seguridad durante la fase de diseño (diseño, disposición y ubicación). Está estrictamente prohibido apilar objetos en el área de trabajo.
- Instalar un laboratorio con todos los equipos (duchas y cubículos) y ventilación de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Para trabajar en el laboratorio debemos conocer los tres riesgos principales que podemos encontrar en el laboratorio (físicos, biológicos y químicos) para poder prestarles mucha atención. Una vez sabido esto, es de vital importancia conocer las medidas preventivas contra estos riesgos que existen. Para ello la empresa, usualmente, imparte charlas de prevención de riesgos y aunque escucharlas es puede resultar tedioso y puedas pensar que no sirve para nada, miles de veces se han evitado accidentes graves, y más teniendo en cuenta que en el laboratorio diariamente se usan sustancias muy peligrosas.

Por otra parte, quiero recalcar el papel fundamental que tiene la empresa, ya que a parte de dar estas charlas y enseñar las normas de seguridad al trabajador, también tiene que asegurarse de que estas se sigan rigurosamente todo el tiempo.

6 Bibliografía

1. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad Politécnica de Madrid. Laboratorios bajo control [Internet]. Noviembre de 2014. Disponible en: <https://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Prevencion%20de%20Riesgos%20Laborales/Informacion%20sobre%20Prevencion%20de%20Riesgos%20Laborales/Manuales/folleto%20laboratorios%20bajo%20control%2014nov2006.pdf>.
2. Prevención de Riesgos Laborales en Centros Docentes [Internet]. Prevención-docente.com. [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.prevenciondocente.com/riesgolaboratorio.htm>.
3. Riesgos de origen químico [Internet]. Upv.es. [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sprl.upv.es/d7_2_b.htm.
4. Servicio de prevención de Riesgos Laborales de la Universidad de Alicante. Guía sobre riesgos en laboratorios [Internet]. Junio de 2008. Disponible en: <https://sp.ua.es/es/documentos/formacion-e-informacion/informacion/guia-sobre-riesgos-en-laboratorios.pdf>.
5. F. Simón, M. I. Lorenzo, F. Gómez-Aguado, B. Hernández. Técnicas generales de laboratorio. [lugar desconocido]: Editorial Altamar; 2015. 288 p.

Capítulo 322

SISTEMÁTICO DE ORINA: SEDIMENTO URINARIO

ANA LOPEZ GARCIA

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

1 Introducción

En la orina se pueden llevar a cabo diversas pruebas para su análisis: análisis bioquímicos cuantitativos, microbiológicos, citológicos y bioquímicos semicuantitativos.

La orina, micción o pis es un fluido con coloración ligeramente amarilla y de aspecto acuoso que se sintetiza en el organismo, concretamente en los riñones, y se expulsa al exterior mediante el aparato excretor.

Su utilidad clínica tiene gran interés, ya que es una muestra a través de la cual se pueden diagnosticar múltiples patologías relacionadas con el aparato excretor y también patologías que afecten a otras partes del cuerpo. También permite detectar la presencia de drogas en el organismo y un embarazado.

En el laboratorio, además del análisis sistemático de orina, tiene gran interés la observación del color y el aspecto de la muestra, ya que aportan gran información junto con al análisis bioquímico.

Además de un estudio del sedimento urinario, se acompaña de un uroanálisis donde se analizan parámetros como la densidad, glucosa, proteínas, cuerpos cetónicos, hemoglobina, bilirrubina, urobilinógeno, nitritos, pH y leucocitos. Cuando estos parámetros están fuera de los valores de normalidad suelen indicar patologías.

En este capítulo se va a describir el procedimiento a seguir en el laboratorio del estudio del sedimento urinario y los elementos celulares / no celulares que se pueden observar en la orina que indican patología.

2 Objetivos

- Conocer las distintas pruebas que existen para analizar orina en el laboratorio.
- Saber seguir el procedimiento para realizar el estudio del sedimento urinario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con el estudio del sedimento urinario, la observación de los componentes en la muestra y su estudio en el laboratorio. Además, se han consultado diferentes páginas web y kit comerciales de distintas farmacéuticas y protocolos de laboratorios clínicos.

4 Resultados

En primer lugar, hay que realizar la preparación de la muestra.

- Se llenan 10 ml de un tubo de muestra.
- Se centrifuga durante 5 minutos a 1500 rpm.
- Se decanta el sobrenadante.
- Se añade una gota del pellet para observar al microscopio.

En el sedimento se observan:

Células:

- Hematíes: hasta 3 hematíes campo, es normal verlo en las orinas.
- Leucocitos: La presencia de leucocitos en sedimento se llama leucocituria e indica siempre inflamación de la vía urinaria. Se informa por campo, hasta 2 leucocitos, campo es normal en mujeres, en varones ninguno.

- Células epiteliales: son células muy frecuentes en las orinas, más en mujeres que en varones. Hay 3 tipos de células epiteliales que se pueden ver en la orina y que proceden de distintas regiones del sistema renal:

Células epiteliales renales, proceden de la nefrona, indican patología renal grave.

Células de transcripción o células epiteliales transicionales, son las células de uréteres y vejiga. Si hay muchas puede ser provenientes de un tumor.

Células de descamación o células escamosas, son las más frecuentes y aún más en mujeres. En exceso puede ser tumores de uretra.

- Espermatozoides, en orinas de varones después de la eyaculación.

Microorganismos:

- Bacterias: son las más frecuentes. Bacilos y cocos. Todas las orinas tienen.

- Levaduras: la levadura que más se encuentra en la orina es la Candida. Pueden ser por contaminación o por una infección si se acompaña de leucocitos.

- Protozoos: el único protozoo que puede vivir en las vías urinarias es Trichomonas vaginales, es de transmisión sexual.

- Huevos de helmintos: lo que se ven con más frecuencia los huevos de oxiuro

Cilindros: son moldes del túbulo de la nefrona. Todos excepto 1 son patológicos, hay que verlos en orinas recién emitidas porque tienden a disolverse.

Muy frecuente el cilindro hialino, es el único que se puede ver en situaciones no patológicas, aunque también se puede ver en patologías.

Cristales: la presencia de cristales en orina se conoce como cristaluria. Es lo que más se observa en el sedimento de la orina. La mayor parte de los cristales no tienen significado clínico. Para interpretar cristales es muy importante el pH de la orina y el almacenamiento. El pH es el factor que más influye en la formación de cristales, hay cristales de pH ácido, pH alcalino o pH neutro.

5 Discusión-Conclusión

Los análisis urinarios son muy comunes en cualquier laboratorio, ya que ofrece gran información sobre patologías y la obtención de la muestra es fácil, rápida y no supone molestias en la mayoría de las ocasiones para el paciente.

El técnico debe saber identificar cada uno de los componentes tanto celulares como no celulares que se puede observar en una técnica de este tipo, ya que de dependiendo de los resultados que emita se va a poder llevar a cabo un diagnóstico u otro.

Las pruebas no requiere una preparación compleja y tampoco lo es la observación al microscopio, por lo que es una gran opción para una primera observación de la muestra, aunque después se tengan que realizar pruebas complementarias.

6 Bibliografía

<https://www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/laboratorio/analisis-sedimento-orina/>

Capítulo 323

TRANSFORMANDO LA MEDICINA: EL IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ANDREA GARCÍA

1 Introducción

En la intersección de la medicina y la tecnología, surge un campo de innovación que promete revolucionar la forma en que entendemos y abordamos la atención médica: la inteligencia artificial (IA).

Este capítulo se adentra en el fascinante mundo de la aplicación de la inteligencia artificial en la medicina, donde la sinergia entre el conocimiento médico y el poder computacional está redefiniendo los límites de lo que es posible en diagnóstico, tratamiento y cuidado del paciente.

En el siglo XXI, nos encontramos en medio de una era de avances tecnológicos sin precedentes, donde la capacidad de procesamiento de datos y el desarrollo de

algoritmos sofisticados han convergido con el vasto conocimiento acumulado en el campo de la medicina.

Este matrimonio entre la inteligencia artificial y la medicina está desbloqueando un potencial inexplorado, permitiendo a los profesionales de la salud abordar desafíos médicos con una precisión y eficiencia sin precedentes.

El propósito de este capítulo es adentrarnos en este emocionante viaje, explorando no solo los logros notables que la IA ha logrado hasta el momento, sino también los desafíos y consideraciones éticas que acompañan esta revolución tecnológica en el ámbito de la salud.

A través de un análisis detallado y casos de estudio reveladores, este capítulo busca proporcionar una visión integral de cómo la inteligencia artificial está transformando radicalmente la práctica médica, brindando a los profesionales y pacientes herramientas poderosas para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida.

Al mismo tiempo, se examinan las consideraciones éticas y de seguridad que deben ser sopesadas en este emocionante pero también delicado cruce entre la tecnología y el cuidado de la salud humana.

2 Objetivos

- Analizar los fundamentos teóricos de la inteligencia artificial y su aplicación en el campo médico.
- Evaluar las principales metodologías utilizadas en la integración de la inteligencia artificial en la práctica clínica.
- Reflexionar sobre el impacto y las implicaciones éticas de la inteligencia artificial en la medicina.

3 Metodología

La investigación se basó en una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica actualizada hasta septiembre de 2023. Se realizaron búsquedas en bases de datos especializadas como PubMed, Google Scholar y conferencias de renombre en el campo de la medicina y la inteligencia artificial. Además, se incluyeron casos de estudio relevantes y ejemplos prácticos que ilustran la implementación exitosa de la inteligencia artificial en diferentes áreas de la medicina.

4 Resultados

La inteligencia artificial está llevando la monitorización de pacientes a un nivel completamente nuevo. Dispositivos médicos conectados y sensores pueden recopilar datos en tiempo real sobre la salud de un paciente, y la IA puede analizar esta información de manera continua. Esto permite la detección temprana de cambios sutiles en la condición de un paciente, incluso antes de que aparezcan síntomas evidentes. Por ejemplo, en pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca, la IA puede monitorear constantemente la función cardíaca a través de dispositivos portátiles, alertando a los profesionales de la salud ante signos de deterioro, lo que permite una intervención oportuna y la prevención de hospitalizaciones no planificadas.

- Asistencia en la Toma de Decisiones Clínicas:

La integración de la inteligencia artificial en el entorno clínico ofrece a los profesionales de la salud una herramienta valiosa para la toma de decisiones informadas. Los sistemas de apoyo a la decisión clínica basados en IA pueden analizar datos de pacientes, antecedentes médicos y evidencia científica actualizada para proporcionar recomendaciones precisas sobre diagnósticos y tratamientos. Esto no solo mejora la precisión de las decisiones médicas, sino que también puede acelerar el proceso de diagnóstico y tratamiento, lo que es crucial en situaciones de emergencia.

- Automatización de Tareas Repetitivas:

La IA está liberando a los profesionales de la salud de tareas administrativas y rutinarias. Los chatbots y sistemas de procesamiento del lenguaje natural pueden manejar consultas simples, programar citas y proporcionar información básica sobre condiciones médicas, permitiendo que el personal médico se enfoque en tareas más complejas y en la atención directa al paciente. Además, en el ámbito de la cirugía, los sistemas de robótica asistida por IA están transformando las intervenciones quirúrgicas, permitiendo una precisión y control sin precedentes.

- Investigación y Desarrollo de Fármacos:

La inteligencia artificial está acelerando el proceso de descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos. Los algoritmos de aprendizaje automático pueden analizar grandes bases de datos de compuestos químicos y predecir su eficacia y seguridad, lo que reduce significativamente el tiempo y los costos asociados con la investigación farmacéutica. Esto significa que tratamientos innovadores

pueden llegar a los pacientes de manera más rápida y eficiente.

Estos resultados ilustran claramente el impacto profundo y diversificado que la inteligencia artificial está teniendo en la medicina. Desde la mejora de diagnósticos hasta la personalización de tratamientos y la optimización de la atención al paciente, la IA está transformando la forma en que abordamos la salud y el bienestar de las personas. Sin embargo, es crucial abordar de manera responsable los desafíos éticos y de seguridad que surgen en este viaje hacia un futuro médico cada vez más tecnológico.

5 Discusión-Conclusión

La convergencia de la inteligencia artificial y la medicina ha desencadenado una revolución sin parangón en la atención médica. A medida que exploramos los avances y posibilidades que este matrimonio tecnológico ofrece, es innegable que estamos ante un punto de inflexión en la historia de la medicina. Sin embargo, es crucial abordar este progreso con una mezcla equilibrada de entusiasmo y cautela, reconociendo tanto sus promesas como sus desafíos inherentes.

La capacidad de la inteligencia artificial para transformar el diagnóstico y la detección temprana de enfermedades es un testimonio tangible de su impacto en la atención médica. Desde la identificación precisa de anomalías en imágenes médicas hasta la interpretación de marcadores moleculares, la IA se erige como un aliado inigualable para los profesionales de la salud, proporcionando un nuevo nivel de certeza y confianza en el proceso de diagnóstico.

La personalización de tratamientos es otro pilar esencial de este cambio paradigmático. La capacidad de adaptar terapias según las características individuales de los pacientes no solo maximiza la eficacia de los tratamientos, sino que también minimiza los efectos secundarios, mejorando así la calidad de vida de los pacientes. La medicina de precisión, impulsada por algoritmos de aprendizaje automático, representa un camino hacia tratamientos más efectivos y menos invasivos.

La monitorización continua y la predicción de resultados son pilares fundamentales en la transformación de la atención médica hacia un enfoque más proactivo y preventivo. La capacidad de la IA para analizar grandes cantidades de datos en tiempo real abre la puerta a una atención más personalizada y a la detección temprana de complicaciones. Esto no solo mejora la calidad de vida de los pa-

cientes, sino que también alivia la carga sobre los sistemas de salud al reducir hospitalizaciones no planificadas y complicaciones evitables.

A medida que celebramos estos avances, no podemos pasar por alto las cuestiones éticas y de seguridad que surgen en este cruce entre tecnología y medicina. La privacidad de los datos, la transparencia en los algoritmos y la responsabilidad en la toma de decisiones son consideraciones cruciales que deben abordarse con urgencia.

En última instancia, el futuro de la medicina está íntimamente ligado a la evolución de la inteligencia artificial. Su capacidad para mejorar diagnósticos, personalizar tratamientos y transformar la atención al paciente representa una promesa emocionante para la salud y el bienestar de la humanidad. Si abordamos este avance con la prudencia y el respeto que merece, la inteligencia artificial tiene el potencial de marcar un hito trascendental en la historia de la medicina, llevándonos hacia una era de atención médica más precisa, eficiente y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Esteva, A., Kuprel, B., Novoa, R. A., et al. (2017). Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature*, 542(7639), 115-118.
2. Rajkomar, A., Dean, J., Kohane, I. (2019). Machine Learning in Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 380(14), 1347-1358.
3. Beam, A. L., & Kohane, I. S. (2018). Big data and machine learning in health care. *JAMA*, 319(13), 1317-1318.
4. *Journal of Artificial Intelligence in Medicine*.
5. *Journal of Medical Internet Research*.
6. *Artificial Intelligence in Medicine Journal*.

Capítulo 324

AVANCES EN SECUENCIACIÓN DE PRÓXIMA GENERACIÓN: TRANSFORMANDO LA ERA GENÓMICA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ANDREA GARCÍA

1 Introducción

En las últimas décadas, la secuenciación de próxima generación (NGS) ha emergido como una fuerza transformadora en el campo de la genómica. Esta tecnología ha redefinido nuestra capacidad para explorar y comprender los intrincados detalles de los genomas, desde las complejidades de la herencia genética hasta la evolución de las especies y la dinámica de las comunidades microbianas. La NGS ha trascendido las fronteras de la investigación pura, adentrándose en la medicina personalizada, la biotecnología agrícola y la ecología molecular, entre otros campos.

En este capítulo, nos sumergiremos en los cimientos y los avances más recientes de la secuenciación de próxima generación, abordando tanto sus fundamentos tecnológicos como sus aplicaciones prácticas. Comenzaremos por desentrañar los principios esenciales que impulsan esta tecnología, desde la preparación de muestras hasta la generación de datos brutos. A continuación, exploraremos casos emblemáticos que ilustran cómo la NGS ha revolucionado nuestra comprensión de la genética, revelando nuevas perspectivas sobre la diversidad genómica y los mecanismos subyacentes a fenómenos biológicos fundamentales.

Además, examinaremos las metodologías clave y las consideraciones bioinformáticas cruciales para el análisis de grandes volúmenes de datos generados por la NGS. Este análisis, paso crítico en el proceso, permite la identificación de variantes genéticas, la caracterización de comunidades microbianas y la reconstrucción de trayectorias evolutivas, entre otras aplicaciones. A través de la evaluación de resultados y la discusión de desafíos actuales, exploraremos el estado actual de la NGS y anticiparemos cómo esta tecnología seguirá moldeando el paisaje de la genómica en los años venideros.

Este capítulo se presenta como una guía exhaustiva para investigadores, profesionales de la salud y entusiastas de la genómica interesados en comprender y aprovechar todo el potencial de la secuenciación de próxima generación en su búsqueda por desentrañar los misterios de la biología y la herencia genética. A través de sus páginas, nos sumergiremos en un mundo de descubrimientos continuos, donde la NGS se erige como una poderosa herramienta que nos acerca cada vez más a una comprensión holística de la vida en su nivel más íntimo y fundamental.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es proporcionar una visión integral de la tecnología de secuenciación de próxima generación y sus aplicaciones en diversas disciplinas. Se abordarán los principios subyacentes de la NGS, se discutirán las metodologías clave y se presentarán ejemplos de resultados relevantes en la investigación genómica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 revolución impulsada por la secuenciación de próxima generación (NGS) se manifiesta en una amplia gama de logros científicos que han transformado la manera en que abordamos la genómica y la biología molecular. Uno de los hitos más destacados ha sido la identificación de variantes genéticas asociadas a enfermedades complejas.

Mediante estudios de asociación de genoma completo (GWAS), se ha logrado desentrañar las bases genéticas de condiciones como la diabetes tipo 2, la enfermedad de Alzheimer y diversos tipos de cáncer. Este conocimiento no solo ha permitido una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes, sino que también ha allanado el camino para el desarrollo de terapias más específicas y personalizadas.

Además, la NGS ha revolucionado el campo de la microbiología ambiental y la ecología molecular. Mediante técnicas de metagenómica, se ha logrado caracterizar comunidades microbianas en diversos ecosistemas, desde suelos agrícolas hasta océanos profundos. Este enfoque ha proporcionado una visión sin precedentes de la diversidad y la función de los microorganismos en sus hábitats naturales, revelando conexiones fundamentales entre la microbiota y la salud de los ecosistemas.

En el ámbito de la biología evolutiva, la NGS ha permitido el estudio detallado de la diversidad genómica en poblaciones humanas y de otras especies. La secuenciación de genomas completos ha arrojado luz sobre la historia migratoria de poblaciones humanas antiguas, así como sobre la adaptación a entornos cambiantes y la evolución de rasgos específicos. Estos hallazgos proporcionan una perspectiva única sobre la dinámica evolutiva que ha dado forma a la diversidad biológica que observamos en la actualidad.

A medida que la tecnología de secuenciación continúa avanzando, también lo hace nuestra capacidad para explorar la función de los elementos no codificantes del genoma, como los elementos reguladores y los ARN no codificantes. Es-

tos componentes desempeñan un papel crucial en la regulación de la expresión génica y la complejidad de los procesos biológicos. La NGS ha facilitado la identificación y caracterización de estos elementos, abriendo nuevas perspectivas en nuestra comprensión de la biología celular y molecular.

En resumen, la secuenciación de próxima generación ha catalizado una revolución en la genómica y la biología molecular. Desde la elucidación de las bases genéticas de enfermedades hasta la exploración de la diversidad biológica en su conjunto, la NGS ha superado barreras y ha ampliado horizontes, posicionándose como una herramienta esencial en la empresa de desentrañar los secretos del genoma y la biología en su totalidad.

5 Discusión-Conclusión

La secuenciación de próxima generación ha allanado el camino para una comprensión más profunda y completa de la genética y la biología. Los avances en esta tecnología han democratizado el acceso a la información genómica y han acelerado el ritmo de descubrimiento en campos como la medicina personalizada, la biología evolutiva y la ecología molecular. Sin embargo, persisten desafíos, como la gestión y análisis de grandes volúmenes de datos. A medida que la tecnología continúa evolucionando, se espera que la NGS siga siendo una herramienta fundamental en la investigación biológica y médica, para poder progresar en el campo de la medicina.

6 Bibliografía

1. Green, R. E., et al. (2010). A draft sequence of the Neandertal genome. *Science*, 328(5979), 710-722.
2. Roadmap Epigenomics Consortium, et al. (2015). Integrative analysis of 111 reference human epigenomes. *Nature*, 518(7539), 317-330.
3. ENCODE Project Consortium. (2012). An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. *Nature*, 489(7414), 57-74.
4. Schriml, L. M., et al. (2019). Disease Ontology: a backbone for disease semantic integration. *Nucleic Acids Research*, 40(D1), D940-D946.

Capítulo 325

DETECCIÓN DE MALARIA EN SANGRE PERIFÉRICA EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

TAMARA HERRERO VALERO

MARIAM BLANCO NOVILLO

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

1 Introducción

La enfermedad de la malaria consiste en una infección que puede ser causada por distintos tipos de parásitos, pero principalmente por *Plasmodium falciparum*. Esta infección consiste en la picadura de un mosquito que porta en su interior el parásito, una vez se transmite al cuerpo humano lo invade y afecta a los glóbulos rojos provocando su destrucción y en consecuencia la enfermedad.

Este tipo de transmisiones suele darse en zonas húmedas y cálidas del mundo, sobre todo las encontramos en áreas tropicales de América del sur y su mayor índice de incidencia en África del sur. No es de extrañar, no obstante, que aparezcan casos en climas más secos o fríos, dada la constante movilidad entre territorios en tema de migración poblacional.

Los síntomas pueden resultar bastante parecidos a la gripe, y no dar con el diagnóstico correcto puede suponer un riesgo para la vida del paciente.

Teniendo en cuenta esto, es de necesidad contar con un sistema de detección rápido y eficaz cuya calidad de resultados permita una correcta atención al paciente y una temprana administración de tratamiento en caso de ser necesario. La prueba para detección de malaria es importante tanto para diagnosticar la enfermedad, existiendo diferentes tipos de parásitos donde es interesante detectar de cuál se trata para aplicar el medicamento más efectivo, como para llevar un control sobre la propagación de esta, ya que si no se frenan los casos que llegan externos esto podría provocar una nueva propagación cuando los mosquitos fueran a picar a la persona enferma infectándose con el parásito y contagiando a otros humanos a los que fueran a picar nuevamente.

2 Objetivos

- Conocer el objetivo y concepto general de la técnica de detección rápida de Plasmodium por inmunocromatografía.
- Conocer el objetivo y concepto general de la técnica de frotis sanguíneo y gota gruesa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 detección temprana de Plasmodium se divide en dos pasos que se pueden hacer de forma aislada o complementaria para óptimos resultados:

- Detección rápida por inmunocromatografía. Es una prueba de diagnóstico rápido donde se busca la detección de proteínas específicas producidas por los diferentes tipos de parásitos causantes de la malaria en tan solo 15 minutos con una gota de sangre periférica como muestra. Se trata de un dispositivo con una tira de membrana en el interior prevista de anticuerpos monoclonales específicos distribuidos en diferentes regiones para los distintos parásitos. Consta de una línea de control arriba del todo, y más abajo con las separadas regiones de:

- “Pf” que detecta la proteína HRP-2 de *P. falciparum*
- “Pv” que detecta la enzima deshidrogenasa de lactato de *P. vivax*
- ”Pan” que detecta la encima P LDH común a todas las especies *Plasmodium* PAN (a parte de las anteriormente mencionadas incluimos *P. malarie* y *P. ovale*)

Cada prueba se realiza de acuerdo a las instrucciones de cada fabricante.

Se considerará positivo la presencia de la línea coloreada en la región correspondiente y en la línea de control.

Se considera negativo la ausencia de línea de color pero si la presencia de línea en el control.

Se considera negativo cuando la línea de control no aparece marcada, indistintamente de lo que aparezca en el resto de la tira.

- Frotis sanguíneo y gota gruesa. Se trata de una prueba de observación microscópica. Para la gota gruesa será necesario contar con dos portaobjetos. Se depositará una o dos gotas concéntricas de sangre periférica sobre uno de los portaobjetos y con la esquina del otro se comenzará a formar círculos en el interior de la gota con la intención de extenderla un poco de dentro hacia afuera. Se dejará secar a temperatura ambiente durante al menos 24 h y tras la posterior tinción modificada de Romanowsky se observa al microscopio en busca del parásito. Esta extensión sirve sobre todo para detectar la presencia ya que se observa una muestra muy densa donde es más fácil localizar el parásito.

Para el frotis haremos la extensión fina en 4 portaobjetos de una pequeña gota de sangre en cada uno de ellos. Tras secarse y fijarse se tiñe con Giemsa. En este tipo de extensión se observa el parásito en el interior del eritrocito para proceder a su identificación y diferenciación.

5 Discusión-Conclusión

La gota gruesa y el frotis se consideran las pruebas mayor referencia porque pueden usarse para evaluar la densidad de la presencia del parásito, identificar diferentes especies y etapas del parásito, monitorear la respuesta al tratamiento, buscar gametocitos, identificar otros parásitos sanguíneos y regular la calidad de la microscopía. Las pruebas de diagnóstico rápido, por otra parte, tienen una sensibilidad del 95% y pueden detectar antígenos de parásitos específicos a partir de muestras de sangre tan bajas como 100 p/μl, lo que las convierte en un complemento útil en lugares donde el examen microscópico no es posible o durante epidemias donde el volumen de trabajo es mayor y se necesita un rápido cribado.

6 Bibliografía

1. Pruebas de malaria [Internet] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-malaria/>.
2. Análisis de concordancia de tres pruebas para el diagnóstico de malaria. Pubmed [Internet] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7357380/>.
3. Guía de atención clínica de Malaria [Internet] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922011000400013.

Capítulo 326

CONCEPTO Y DETECCIÓN DE MARCADORES TUMORALES EN EL ANÁLISIS CLÍNICO

TAMARA HERRERO VALERO

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

MARIAM BLANCO NOVILLO

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

Actualmente, los avances en tratamientos de enfermedades infecciosas gracias al descubrimiento y uso de los antibióticos han conseguido que este contratiempo pase a un segundo plano, dando lugar a que el siglo XXI venga marcado con la gran problemática de las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas. Cada año mueren 41 millones de personas por enfermedades no transmisibles, lo que supone el 71% de las muertes que se producen en el mundo, siendo cuatro grupos de enfermedades las que encabezan este problema: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. En resumen, son las responsables de más del 85% de muertes prematuras en países de ingresos bajos y medianos, afectando a personas de entre 30 y 69 años. Como se ha mencionado anteriormente, el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, en 2020 fueron registrados 19,3 millones de nuevos casos y casi 10 millones de fallecidos. El cáncer es una

enfermedad en la que sucede la transformación de células normales en células tumorales, esta transformación consta de diferentes etapas que consisten en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Durante este proceso, las células se dividen, crecen y se diseminan sin control. La incidencia de esta enfermedad aumenta considerablemente con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. Esta acumulación de factores acaba combinándose con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que sucede con el paso de la edad. Dado a que vivimos en una sociedad cada vez más longeva, y por tanto más vulnerable, es de vital importancia prestar atención a la prevención, un diagnóstico precoz y un adecuado seguimiento de la enfermedad y su tratamiento. Es posible que los marcadores tumorales sean de las pruebas del diagnóstico in vitro que más expectativas creó en sus inicios, pudiendo ser utilizados para definir un tipo particular de tumor, realizar un diagnóstico, valorar el grado de extensión, plantear un pronóstico y realizar el seguimiento de algunos tipos de tumores. No obstante, la investigación y la experiencia han demostrado con el tiempo la necesidad de revisar la utilidad de los marcadores, reubicándolos hasta conseguir el papel que realmente les corresponde según el caso y el tipo de marcador. De esta forma se ha logrado mejorar su uso y, por tanto, favorecer la seguridad de los pacientes.

2 Objetivos

- Entender el concepto de marcador tumoral y su relevancia en la actualidad.
- Conocer los métodos de detección más empleados en la actualidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen investigaciones centradas en la búsqueda de un marcador tumoral ideal, para que en el momento en el que exista un tumor maligno, pueda ser detectado

con una sola prueba y de forma bastante precoz. Las condiciones que debería reunir este marcador ideal son:

- Debe ser específico para un tipo de tumor. Esta sustancia se secretaría solamente ante un determinado tipo de cáncer.
- No debe ser detectable en pacientes sanos.
- Ser sensible para el diagnóstico temprano o screening, que en cuanto comience a desarrollándose el tumor, por pequeño que sea, pueda ser detectado.
- Concentración proporcional al tamaño del tumor.
- Vida media corta para poder valorar la respuesta al tratamiento.
- Aumentos y descensos predecibles, relacionados a la respuesta tumoral.
- Fácilmente accesible y medible, es decir, económico y fácil de detectar.

Todo lo anterior sería por tanto aquello que definiría el concepto de marcador tumoral, sin embargo, actualmente existe un amplio abanico de marcadores los cuales presentan diferentes ventajas e inconvenientes.

Ventajas e inconvenientes.

Ventajas:

- El aumento de un marcador tumoral puede orientar en el diagnóstico. Depende de qué tipo de marcador sea el que se haya incrementado, podrá relacionarse con un tipo de neoplasia u otro.
- Hace una idea del estadio en el que se encuentra el cáncer, pudiendo ver si se trata del inicio de la enfermedad o de un caso neoplásico avanzado, es decir, si los marcadores se encuentran ligeramente incrementados por encima de los valores normales, pero sin estarlo en exceso, puede ser indicativo de una fase muy temprana de la enfermedad, lo que proporcionaría un diagnóstico temprano de esta.
- Sirve para la planificación de un tratamiento. Tomando como base la concentración de ciertos marcadores tumorales podrá servir para elaborar un plan de tratamiento.
- Informa sobre la efectividad del tratamiento. En el caso de pacientes que ya han sido diagnosticado con algún tipo de cáncer, les será asignado el tipo de tratamiento más adecuado según la enfermedad y el uso de los marcadores tumorales va a facilitar determinar a lo largo del tratamiento si está resultado efectivo o no.
- Recidiva (retorno de la enfermedad). Pacientes que ya fueron sometidos a un tratamiento de cáncer, y en consecuencia a ello consiguieron superar la enfermedad, seguirán sometiéndose a controles periódicos para controlar que no haya una recidiva o retorno ya que algunos cánceres con el paso de los años pueden volver a desarrollarse.

Inconvenientes:

- Baja especificidad y sensibilidad. No existe un marcador concreto que nos determine la presencia o ausencia de cáncer. Por eso se suelen emplear dos o tres marcadores para poder orientar un diagnóstico.
- Los marcadores tumorales pueden aumentar en situaciones benignas. Hay patologías o alteraciones que pueden aumentar estos niveles y no están precisamente relacionados con el cáncer.
- Requiere el acompañamiento de otras pruebas.

Teniendo en cuenta estas ventajas e inconvenientes, la determinación de los marcadores tumorales será de gran ayuda para distintas funciones como son:

- Estudio en personas sanas como cribado de la posible existencia de un cáncer oculto. No suele utilizarse a penas para esta función ya que existen muchos casos de falsos positivos (resultados positivos cuando no hay tumor) y falsos negativos (resultados en los que no se observa incrementos en los marcadores y sin embargo si que se trata de un cáncer.)
- Búsqueda de cáncer cuando existe sospecha clínica. Un ejemplo de sospecha sería una pérdida de peso repentina e incomprensible.
- Determinar la extensión del tumor.
- Determinar el pronóstico de un cáncer y cuál será el tratamiento idóneo para este.
- Evaluar la respuesta al tratamiento.

Métodos de detección.

Al principio de los años 60, el método de elección era el radioinmunoensayo (RIA), sin embargo, fue por el final de los años 70 y durante los años 80 y 90, cuando se experimentaron grandes avances en cuanto a la automatización y sensibilidad de los inmunoensayos apareciendo lo que conocemos como enzimoimmunoanálisis (EIA), los inmunoensayos por micropartícula (MEIA) e inmunoensayos por polarización de fluorescencia (FPIA). Estas fueron las tecnologías predominantes durante algunos años, hasta que recientemente, se ha aplicado se ha aplicado como rutina, por su significativo aumento de sensibilidad, la tecnología del inmunoensayo magnético quimioluminiscente (CMIA).

- Radioinmunoensayo (RIA).

Es un inmunoanálisis heterogéneo donde el anticuerpo o el antígeno se marca con isótopos radiactivos, pudiendo utilizarse en un formato no competitivo o competitivo. En cuanto al formato competitivo, lo que se hace es mezclar la sustancia que pretende medirse (antígeno problema o Ag) con una determinada cantidad de la misma sustancia, pero esta vez marcada con un isótopo radiactivo (Ag*) y con una cantidad limitada de anticuerpo anti- dicho antígeno, es decir,

específico para el Ag que buscamos medir (Ac) que estará unido a una fase sólida. Tras el tiempo de incubación, se separan los complejos formados (Ag-Ac y $\text{Ag}^*\text{-Ac}$) de los que han quedado libres (Ag y Ag^*). Ya separados, podrá ser medida la radiactividad de la fracción unida y de la libre. Si tenemos en cuenta la radiactividad unida al anticuerpo, después del paso de separación, la curva de actividad frente a la concentración presenta una pendiente negativa, ya que a mayor concentración de Ag, menos Ag^* se unirá al Ac. Por otro lado, si se mide la radiactividad del ligando no unido, la curva será una pendiente positiva, cuanto más concentración haya de Ag en la muestra. Los isótopos utilizados para el radioinmunoanálisis deben tener una actividad específica elevada, gran producción de energía, vidas medias adecuadas, ser fáciles de obtener y que no se acomplejen durante su acoplamiento a la molécula ligando. Los isótopos más utilizados para esta clase de inmunoanálisis son el carbono 14 (^{14}C), el tritio (^3H) y el yodo (^{125}I). Los principales inconvenientes de esta técnica son los errores técnicos del manejo de los reactivos (en el momento del pipeteo y la separación) y sobre todo las complicaciones inherentes a la manipulación y deshecho de los materiales radiactivos. También hay que tener en cuenta que sensibilidad de RIA está restringida, principalmente, por la constante de equilibrio de la reacción antígeno-anticuerpo. Por otra parte, cuando se trata de un ensayo no competitivo, simplemente consiste en que en un soporte sólido tenemos un anticuerpo específico para el antígeno que deseamos detectar (el marcador tumoral que buscamos) y añadimos una mezcla de la muestra y anticuerpos con distinto epítipo para otro paratopo del antígeno en cuestión. Tras la incubación se procederá al lavado y los que permanezcan unidos (tipo sándwich) emitirán una señal radiactiva que podrá ser detectada y según la intensidad que produzca así será la concentración del marcador tumoral en cuestión.

-Inmunoensayo enzimático (EIA).

Las enzimas han sido el sustituto estrella para remplazar la radioactividad en los años 70. Las propiedades catalíticas de las enzimas han servido para detectar y cuantificar las reacciones inmunológicas formando conjugados con el Ag o el Ac y convirtiendo un sustrato en un producto que producirá una señal podrá ser medida, como por ejemplo, un cambio de color. Para determinar la actividad de la enzima marcadora pueden utilizarse diversos Sustratos, en sus inicios, se utilizaron sustratos de las enzimas que producían compuestos medibles por espectroscopia molecular, sin embargo, en los últimos años se están utilizando sustratos que dan compuestos fluorescentes o luminiscentes, lo que ha incrementado la sensibilidad de las pruebas. Los inconvenientes de esta técnica:

- Utiliza tiempos de incubación de 1 a 4 horas.

- Sensibilidad limitada (se eleva con largos tiempos de incubación).

-Inmunoensayo por polimerización de fluorescencia (FPIA).

Es un inmunoensayo homogéneo competitivo por fluorescencia. Consiste en medir la cantidad de luz fluorescente polarizada que se detecta cuando el trazador (la sustancia unida a un compuesto fluorescente también conocido como fluoróforo), se ilumina con luz polarizada plana. La sustancia problema, es decir, aquella presente en la muestra y que pretende medirse, compite con la sustancia marcada con un compuesto fluorescente (trazador), por un número limitado de lugares de unión en el anticuerpo. Cuanto mayor sea la cantidad de la sustancia problema, menor será la cantidad de trazador unido al anticuerpo, y el valor de la polarización de la fluorescencia será bajo. Por tanto, la concentración de analito presente es indirectamente proporcional a la señal medida. La relación entre la polarización de la fluorescencia y la concentración de la sustancia se establece midiendo un conjunto de calibradores de concentración conocida.

-Inmunoensayo por micropartícula (MEIA).

Es una técnica de inmunoensayo que utiliza el aislamiento de complejos anticuerpo-antígeno, en una superficie de fase sólida que consiste en pequeñas esferas, denominadas micropartículas. Estas micropartículas están recubiertas por anticuerpos específicos para el marcador tumoral que queremos detectar, y en procedimiento consiste en mezclarlas con la muestra problema y añadir esta mezcla sobre una matriz de vidrio que sirve para fijar los complejos formados de antígeno-anticuerpo. Después se añadiría un conjugado que es un segundo anticuerpo específico marcado con la enzima fosfatasa alcalina. Si el analito está presente en la muestra, estará formando parte del complejo antígeno anticuerpo y a este complejo se uniría los Ac marcados con la fosfatasa alcalina. Después, se añade el sustrato, que se trata de una solución de 4- metilumbeliferilfosfato, con el que reacciona la fosfatasa alcalina dando un producto (4- metilumbelilfosfato) que es una molécula culla señal de fluorescencia podrá ser medida y será directamente proporcional a la cantidad de analito.

-Inmunoensayo magnético quimioluminiscente (CMIA).

La señal quimioluminiscente es aquella que emite luz cuando el sustrato es oxidado por peróxidos. Se trata de una técnica muy similar a la MEIA con pequeñas diferencias como que utiliza en su fase sólida micropartícula magnética en lugar de látex, que su etapa de separación es un imán en lugar de matriz de fibra de vidrio, la marca es un compuesto quimioluminiscente en vez de la enzima fosfatasa alcalina y que la detección no es por fluorescencia si no por un tubo fotomultiplicador de quimioluminiscencia.

La concentración de la señal medida es directamente proporcional a la concen-

tracción de analito presente en la muestra.

-Inmunoensayo con detección electroquiminiscente (ECLIA).

Este método de detección ha ido ganando terreno en los últimos años, siendo en la actualidad una de las técnicas inmunológicas más novedosas aplicadas al laboratorio clínico. Este inmunoensayo está basado en la interacción entre un anticuerpo marcado con quelato de rutenio y un anticuerpo biotinilado monoclonal, ambos anti el marcador tumoral que deseamos detectar, formando un complejo tipo sándwich que quedará posteriormente fijado sobre una superficie de micropartículas recubiertas de estreptavidina (el complejo queda ahí fijado por la interacción entre la biotina y la estreptavidina). La mezcla de reacción es trasladada a la célula de medida donde, por magnetismo, las micropartículas se fijan a la superficie del electrodo. Los elementos no fijados se eliminarán posteriormente por lavado. Al aplicar una corriente eléctrica controlada produce una reacción quimioluminiscente, es decir, se forman especies de rutenio excitadas que cuando vuelven a su estado basal emiten una luz que podrá ser medida con un fotomultiplicador. La concentración del marcador tumoral de la muestra será directamente proporcional a la intensidad de luz emitida, y para su cuantificación debe haberse establecido previamente una curva de calibrado donde poder interpolar estos resultados.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que se puede llegar una vez adentrados en el tema y comparando los datos y conocimientos sobre el creciente estudio de los marcadores tumorales es: con respecto a la utilidad como método de detección temprana para el cáncer, se trata tan solo de una prueba complementaria a un conjunto necesario para dar con un diagnóstico definitivo. En este caso, hay que tener en cuenta el inconveniente que supone el impacto psicológico para el paciente que recibe la noticia de que tiene un marcador tumoral positivo, aun no significando que esto suponga necesariamente la presencia de cáncer, y lo que lleva a tener que llevar a cabo pruebas añadidas que aumentan dicha incertidumbre y que en muchas ocasiones acaban siendo negativas, no olvidemos que el aumento de estas sustancias pueden deberse a enfermedades benignas y por tanto esta forma de actuar, incluyendo los marcadores como prueba de rutina, ha provocado un número importante de pruebas de laboratorio innecesarias, prescripción de estudios complementarios, mayoritariamente cruentos, orientados a confirmar ese hallazgo, exponiendo a los pacientes a numerosos riesgos que en ocasiones ha derivado en un daño al paciente. No obstante, el hallazgo y utilización de los

marcadores tumorales como método de cribado suponen el comienzo de un gran avance que pretende perfeccionar su especificidad y que se espera que culmine eliminando la gran pandemia que lleva atemorizando a la sociedad en las últimas décadas, el cáncer.

6 Bibliografía

1. Enfermedades no transmisibles [Internet] Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Cáncer [Internet] Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
3. Carga mundial de cáncer 2020 [Internet] Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
4. Sociedad Española de Oncología Médica [Internet] Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>.
5. Papel diagnóstico de los marcadores tumorales [Internet] Pubmed. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30502299/>.
6. Medigraphic literatura biomédica [Internet] <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131zd.pdf>.
7. Genética y marcadores tumorales. [Libro] Autora: Irene Sainz Lobo.
8. Técnicas de inmunodiagnóstico. [Libro] Autores: Carmen Cuéllar del Hoyo y Alicia Gómez-Barrio.

Capítulo 327

PRUEBA RÁPIDA DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

TAMARA HERRERO VALERO

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

MARIAM BLANCO NOVILLO

1 Introducción

Antes de que fuera posible, la detección temprana de *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes* o *Strep. A* en adelante), las infecciones por esta bacteria a menudo no se diagnosticaban o se diagnosticaban en etapas más avanzadas. Esto podía llevar a complicaciones graves como fiebre reumática o glomerulonefritis, que son enfermedades autoinmunes causadas por infecciones estreptocócicas no tratadas. Es por ello la suma importancia que tiene la detección temprana del *Streptococcus pyogenes*, ya que es crucial para el diagnóstico y tratamiento oportuno de diversas posibles infecciones, incluida la tan común faringitis estreptocócica. En este capítulo, exploraremos la utilidad de la prueba rápida de inmunoensayo fluorescente (FIA) desarrollada en concreto por BioMérieux en la detección de este patógeno.

El método de inmunoensayo fluorescente (FIA) se basa en la detección de antígenos específicos utilizando anticuerpos marcados con fluorocromos. En el caso

de la detección del *Streptococcus pyogenes*, esta técnica se ha adaptado para identificar rápidamente la presencia de antígenos específicos del patógeno en muestras clínicas. Esta prueba ha demostrado ser una herramienta valiosa en el diagnóstico de infecciones causadas por esta bacteria, resulta rápida y práctica, ya que se realiza en el punto de atención y proporciona resultados en un corto período de tiempo, permitiendo a los médicos tomar decisiones clínicas informadas y prescribir tratamientos de manera más eficiente.

2 Objetivos

- Conocer que tipo de microorganismo es *Streptococcus pyogenes*.
- Explicar en términos generales el procedimiento de la prueba rápida de inmunofluorescencia FIA.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda que consiste en una revisión bibliográfica sobre los artículos científicos existentes. En esta investigación han sido consultados artículos de páginas reconocidas como: Medline, Pubmed y de la Sociedad Española de Pediatría, eligiendo aquellos artículos que resultan de interés para el tema a tratar.

4 Resultados

El *Streptococcus pyogenes* es una bacteria que pertenece al grupo A del tipo estreptococos. Se trata de bacterias coco grampositivos, catalasa negativa, no formadores de esporas e inmóviles que se presentan en cadenas o en pares. Son anaerobios facultativos en su mayoría y solo algunos son anaerobios obligados. Como particularidad, los estreptococos del grupo A, tienen una cápsula de ácido hialurónico y poseen ácido lipoteicoico y proteína M.

Esta bacteria se encuentra comúnmente en el tracto respiratorio, genital y digestivo, tanto en la piel como en la membrana mucosa. Su forma de propagación es a través del contacto directo con las secreciones nasales, con la garganta o una herida, de una persona previamente infectada. La mayor parte de estas infecciones son leves, pero en algunos casos pueden causar infecciones invasivas o incluso una enfermedad grave que pueda llegar a causar la muerte. Un ejemplo

de forma grave sería el choque tóxico estreptocócico (STSS) o incluso una fascitis necrotizante.

Entre otras pruebas clínicas como el cultivo de muestras, cabe destacar la prueba rápida del antígeno del Streptococo A FIA. Se trata de una técnica de inmunofluorescencia que se aplica a una muestra obtenida por frotis faringoamigdalares cuya lectura de resultados puede variar según el fabricante entre 5 a 10 minutos. Tras su extracción, el escobillón es introducido en un pocillo con la combinación de dos tampones de extracción. Si resulta estar presente el antígeno del Streptococo A, se unirá al anti-Streptococo A policlonal que hay acoplado a una partícula de fluorescencia y juntos migrarán a través de la membrana del dispositivo utilizado. Cuando lleguen a la altura de la línea de prueba, ahí se encuentra otro anti-Streptococo A policlonal, que capturará la micropartícula fluorescente que está unida al Strep. A de la muestra y esta unión en cadena será detectada por el analizador en cuestión. Será escaneada la cantidad de luz fluorescente generada, considerándose como positivo o negativo según el algoritmo integrado en el programa del aparato analizador.

5 Discusión-Conclusión

Como ya se ha destacado anteriormente en este capítulo, es de suma importancia una detección precoz para evitar llegar a tal grado de gravedad en la infección y aplicar un tratamiento adecuado. Las pruebas rápidas, por tanto, ofrecen resultados bastante precisos en lo que a método de diagnóstico refiere, además de rapidez en la obtención del resultado y un sencillo manejo de la técnica. No obstante, como en muchas otras técnicas de pruebas rápidas, existe un pequeño porcentaje de error donde pueden ofrecer resultados de falsos positivos y falsos negativos. Este porcentaje de error es muy limitado, pero no por ello debe ser descartado, por ello es interesante complementar estos dispositivos con cultivos microbiológicos, sobre todo en casos complicados y así descartar cualquier margen de error por mínimo que sea.

6 Bibliografía

1. Streptococcus pyogenes, otros estreptococos y enterococos [Internet] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7611/>.
2. Infecciones por Streptococo [Internet] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/streptococcalinfections.html>

3. Prueba de Streptococo A [Internet] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-estreptococos-a/>.
4. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y atención primaria. Test de diagnóstico rápido por inmunofluorescencia. [Internet] Disponible en: <https://sepeap.org/test-de-diagnostico-rapido-por-inmunofluorescencia-ifa/>.

Capítulo 328

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO.

CRISTINA PAGE LAIN

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

1 Introducción

Dentro de los hospitales nos encontramos diversos servicios o unidades, entre ellas está el laboratorio. En este servicio trabaja un equipo de profesionales formado por médicos, enfermeras, patólogos, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, de análisis clínicos, celadores, etc.

Dentro de sus labores podemos citar la obtención y estudio de muestras biológicas diversas como sangre, orina, exudados, citologías, etc. El análisis de estas muestras dará unos resultados que servirán para prevenir, diagnosticar o tratar las posibles patologías del paciente.

Para desarrollar su trabajo de manera adecuada y eficaz, el laboratorio cuenta con todo tipo de aparataje como tubos de ensayo, microscopios, probetas, pipetas, gradillas, matraz. Algunas de las secciones en la que presta sus servicios el celador son hematología, microbiología, inmunología, bioquímica, etc.

En todos los hospitales se realizan a diario multitud de pruebas biopsias, cultivos, urocultivos, analíticas, que conllevan el manejo y manipulación de muestras biológicas, las cuales han de ser tratadas y analizadas correctamente por el personal de laboratorio.

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en dicha unidad, que supone una pieza clave para el correcto funcionamiento del servicio, el celador cumple una labor de gran ayuda, ya que sin ellos la organización del laboratorio no sería posible.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones del celador en el servicio de laboratorio.

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 servicio de laboratorio de los centros sanitarios, se han consultado diferentes artículos relacionados con el tema. Posteriormente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo. Por último, se ha extraído y sintetizado la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

El laboratorio del hospital es un servicio multidisciplinar, en este sentido podemos afirmar que los laboratorios son una pieza fundamental en el mantenimiento de la salud colectiva, ya que se encarga de analizar muestras biológicas humanas que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Los profesionales sanitarios en relación con los datos obtenidos del laboratorio tomarán decisiones importantes a la hora de diagnosticar y tratar las patologías de sus pacientes, de ahí la importancia de este servicio.

Los laboratorios prestan servicio tanto a pacientes externos como hospitalizados, así como a los centros de salud de la zona de influencia del hospital. En ellos se realizan pruebas complementarias de todas las especialidades médicas, se requiere el trabajo de muchos profesionales, entre ellos, el celador. A continuación, vamos

a explicar de forma detallada las funciones que realiza el celador en la unidad de laboratorio.

El celador será el encargado de llevar las muestras desde varias ubicaciones:

- Desde el servicio de urgencias al laboratorio de urgencias.
- Desde las plantas de hospitalización hasta la toma de muestras.
- Desde el quirófano al servicio de anatomía patológica.
- Desde la unidad de cirugía sin ingreso.

Es de gran importancia que el transporte se haga con la mayor rapidez para evitar la degradación del material biológico. El celador también se encargará de repartir el material de laboratorio desde el almacén hasta los distintos departamentos. Ordenará los distintos aparatos e instrumentos para esterilizar. Se encargará de rellenar los envases de alcohol y hacer la mezcla de 70% de alcohol + 30% de agua. Repartirá el correo y documentos que le sean encomendados por sus superiores. El celador también portará toda la documentación relacionada con las pruebas complementarias que son competencia del servicio de laboratorio, llevando los informes de biopsias a la secretaría de anatomía patológica, historial clínico de los pacientes, peticiones de pruebas al laboratorio.

Colocará los cristales de las biopsias en el laboratorio. Cuando el patólogo ha finalizado el tallado de la muestra biológica, los celadores deben llevar los botes con la muestra al almacén, donde se suelen almacenar.

Con cierta periodicidad el celador deberá ir eliminando, por fecha de antigüedad, algunos de estos botes. Como vemos, el celador tiene un papel importante en el servicio de laboratorio, pues desarrolla multitud de funciones.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver, el celador desarrolla numerosas funciones en el área de laboratorio, manipulando muestras muy sensibles que deben ser tratadas con la mayor rapidez posible y observando todas las precauciones para su correcta conservación, de aquí la gran importancia de su trabajo.

Debe, por tanto, actuar con profesionalidad, y coordinarse con el resto de servicios hospitalarios para no destruir o degradar ninguna muestra. De su labor depende como eslabón de la cadena el correcto funcionamiento del servicio y posibilitar así la obtención de resultados para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías por parte de los facultativos.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ellaboratorio-clínico-el-sistema-S1138359311000840>.
2. <https://revistamedica.com/celador-de-laboratorio/>.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.h.

Capítulo 329

PROCEDIMIENTOS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO: FORMACIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

SANDRA MARTÍN GARCÍA

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

TOMAS MORENO REDONDO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

1 Introducción

Se puede denominar registro a cualquiera de los documentos mediante los que resulte posible establecer un control y seguimiento de las actividades relacionadas con la Protección Radiológica, pudiendo estar disponible para la autoridad competente (CSN, Administraciones Públicas, Juzgados y Tribunales), si es preciso.

En el ámbito sanitario es frecuente el empleo de registros para diversas cuestiones.

En ocasiones, para el registro de datos relacionados con los pacientes, en otras relacionadas con los actos e intervenciones que se practican, en otras relacionadas con los profesionales, etc.

El principal objetivo del protocolo que se emplea en nuestro país, sobre control de calidad en el marco de los servicios de radiodiagnóstico, que ha sido elaborado por parte de las sociedades de Física Médica, de Protección Radiológica y de Radiología Médica de España, implica la necesidad de establecer una serie de pruebas de control de calidad en los equipos de imagen para el diagnóstico, así como establecer unos criterios que permitan la utilización segura y eficiente, posibilitando la obtención de imágenes de alta calidad diagnóstica con el menor riesgo posible al paciente y al personal de operación.

En esta publicación, se hablará sobre el registro de datos relacionados con los profesionales que prestan servicio en los servicios de radiodiagnóstico.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de llevar a cabo determinados registros relacionados con los profesionales que trabajan en áreas de radiodiagnóstico, con el fin de tener un control y seguimiento de la exposición a las radiaciones ionizantes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad, el archivado de registros puede llevarse a cabo de dos formas: en papel, o de forma informatizada. En cualquier caso, es preciso garantizar la confidencialidad de aquellos datos recogidos, sea cual sea su forma.

Es preciso que, respecto a los trabajadores expuestos a radiación, exista un registro en el que se consignen, como mínimo: sus datos personales y laborales básicos (puesto, dosimetría, etc.). De esta forma es posible llevar el control y seguimiento de los niveles de exposición radiológica de cada profesional. Así, será posible poner en marcha correcciones imprescindibles para que no tenga lugar una sobreexposición radiactiva, en función de la normativa en vigor, en la que se recogen los límites a considerar.

Es preciso distinguir entre:

- Trabajadores de categoría A: Requiere de una lectura dosimétrica individual, haciendo constar el periodo registrado. De este modo, se tiene constancia de la dosis efectiva anual y, también, la perteneciente a cada quinquenio consecutivo.
 - Trabajadores de categoría B: Se requiere de un control dosimétrico anual basado en el control ambiental en el área de trabajo y/o del control dosimétrico personal.
- Es preciso atender tanto a las dosis efectivas producto de las exposiciones autorizadas con carácter especial, accidentes o, incluso, emergencias, como al registro de los controles médicos de los trabajadores y la anotación de los resultados.

En cuanto a los accidentes y eventos similares, se han de reflejar datos concretos (fecha, instalación afectada, etc.).

El SPR debe custodiar y responsabilizarse de los archivos mencionados.

Por todo lo expuesto, es necesario verificar que se cumple en todas las Unidades Asistenciales de Radiología, en centros sanitarios públicos y privados, la obligación de disponer de Programas de Garantía de Calidad, que garanticen la protección de los pacientes, la calidad de las intervenciones radiológicas y la minimización y el control de los riesgos en estas instalaciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de la información consultada, procedente de diversos artículos y documentos científicos de relevante interés, concluiré que son varios registros los que han de llevarse a cabo en los centros de trabajo donde existen fuentes de radiación ionizante y trabajadores expuestos a estas.

En cualquier caso, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear debe conocer en profundidad cuáles son los registros asociados a su profesión.

Resulta evidente que la exposición a la radiación ionizante resulta perjudicial para la salud y, por ello, se llevan a cabo una serie de registros que permiten tener controlado el grado de exposición del profesional a la radiación ionizante,

de tal modo que se podría evitar una sobreexposición y, así, reducir el riesgo de sufrir graves consecuencias.

6 Bibliografía

1. Protección radiológica. Ed. Arán.
2. Temario de oposiciones para Técnico de Radiodiagnóstico. Editorial MAD.
3. Información disponible en la web del CSN.

Capítulo 330

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y RADIODIAGNOSTICO EN LAS ECOGRAFÍAS DERMATOLÓGICAS DE LESIONES CUTÁNEAS

SANDRA MARTÍN GARCÍA

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

TOMAS MORENO REDONDO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

1 Introducción

Las ecografías dermatológicas son una técnica no invasiva que se utiliza para evaluar lesiones cutáneas. Este tipo de ecografía es realizada por un Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Radiodiagnóstico (TSID) especializado en dermatología.

Las ecografías dermatológicas son útiles para evaluar lesiones cutáneas superficiales y profundas, identificar su ubicación exacta y evaluar su tamaño, forma,

profundidad y extensión.

Además, las ecografías dermatológicas pueden proporcionar información sobre la vascularización de la lesión, lo que puede ayudar a diferenciar entre lesiones benignas y malignas.

La técnica de la ecografía dermatológica implica el uso de un transductor de alta frecuencia que emite ondas sonoras a la piel. Las ondas sonoras se reflejan en los tejidos y se recogen por el transductor, lo que permite crear una imagen de la lesión en un monitor.

El TSID debe ser capaz de identificar las lesiones cutáneas y evaluar su anatomía para obtener una imagen clara y precisa.

Para lograr esto, el TSID debe seleccionar el transductor y los ajustes de la máquina adecuados para cada tipo de lesión. El técnico superior en imagen para el diagnóstico también debe ser capaz de evaluar la profundidad de la lesión, ya que esto puede ser importante para el diagnóstico y tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales tratamientos que se llevan a cabo para la realización de las pruebas ecográficas dermatológicas en general.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Web of Science. Hemos realizado una búsqueda entre noviembre de 2022 y marzo de 2023.

Estrategia de búsqueda.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión sistemática fue: (ultrasound OR “dermatological ultrasound”) AND (“image for diagnosis” OR “senior diagnostic imaging technician” OR TSID). Se adaptó la búsqueda según el motor de búsqueda de datos consultado.

4 Resultados

Encontramos tras el análisis de los datos obtenidos en los resultados de nuestro trabajo de investigación que el desempeño del TSID durante las ecografías derma-

tológicas en lesiones cutáneas es esencial para obtener imágenes de alta calidad que ayuden en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Radiodiagnóstico debe tener conocimientos sobre las diferentes características ecográficas de las lesiones cutáneas, lo que incluye la morfología, la ecogenicidad, la vascularización y la profundidad de las mismas. Además, es importante que el TSID conozca la anatomía de la piel y sus capas para poder identificar las lesiones en la ecografía y evaluar su profundidad.

Durante la ecografía dermatológica, el TSID debe asegurarse de que la lesión está correctamente identificada y que la imagen se obtiene desde diferentes ángulos para garantizar una evaluación completa de la lesión. Además, el TSID debe ajustar los parámetros de la ecografía para obtener imágenes de alta calidad y evaluar la vascularización de la lesión utilizando técnicas de Doppler.

Es importante que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Radiodiagnóstico esté familiarizado con el uso de tecnología de última generación, como la elastografía, que permite evaluar la dureza de la lesión cutánea y diferenciar entre lesiones benignas y malignas.

En resumen, el desempeño del TSID durante las ecografías dermatológicas en lesiones cutáneas es fundamental para obtener imágenes de alta calidad y ayudar en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones.

El TSID debe tener conocimientos sobre las características ecográficas de las lesiones cutáneas y la anatomía de la piel, así como estar familiarizado con el uso de tecnología de última generación para una evaluación más completa de las lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras el análisis de los resultados obtenidos en esta revisión que el trabajo del técnico superior en imagen para el diagnóstico es fundamental en relación con la realización de las ecografías dermatológicas son una técnica segura y no invasiva que proporciona información valiosa sobre las lesiones cutáneas.

El técnico superior en imagen para el diagnóstico o radiodiagnóstico juega un papel clave en el proceso de evaluación de las lesiones y debe estar capacitado para realizar ecografías dermatológicas y evaluar los resultados de manera precisa y efectiva. Es importante destacar el papel que juega establecer un buen equipo multidisciplinar en este campo de detención.

6 Bibliografía

1. Cieza-Díaz D.E , Avilés-Izquierdo J. A, Ciudad-Blanco C, Parra-Blanco V Dermatoscopia de tumores apocrinos: presentación de 4 casos. Actas Dermosifiliogr. 2013;104:826-8. [PMID 23177977].
2. Vashi N, Mandal R. Giant multi-loculated apocrine hidrocystomas. Dermatol Online J. 2010; 16:16.[PMID: 21163167].
3. O. Bakar, U. Ince. A rare tumor of the face: malignant nodular hidradenoma with dermoscopic features mimicking amelanotic melanoma. J Cutan Med Sur, 2011;15:167–71.[PMID:21561586].
4. Wortsman X. Common applications of dermatologic sonography. J Ultrasound Med. 2012;31:97-111.[PMID: 22215775].
5. Alfageme Roldán F. Ultrasound Skin Imaging. Actas Dermosifiliogr. 2014 May 13. DOI: 10.1016/j.ad.2013.11.015. [PMID:24838227].

Capítulo 331

PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y RADIODIAGNÓSTICO EN LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL

SANDRA MARTÍN GARCÍA

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

TOMAS MORENO REDONDO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

1 Introducción

La ecografía abdominal es un examen de diagnóstico médico no invasivo que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de los órganos internos del abdomen, como el hígado, el bazo, los riñones, el páncreas y la vesícula biliar. Durante el examen, se aplica un gel lubricante en la piel del abdomen y se utiliza un transductor (una pequeña sonda de mano) para emitir ondas sonoras de alta frecuencia a través de la piel y los órganos internos. Las ondas sonoras rebotan en los órganos y se recogen de nuevo por el transductor, que convierte la información en imágenes en tiempo real que se muestran en una pantalla.

La ecografía abdominal se utiliza para diagnosticar una amplia variedad de afecciones, como problemas de hígado y de la vesícula biliar, cálculos renales, inflamación del páncreas, quistes o tumores, entre otras.

Es un examen seguro, no invasivo y no causa dolor. La ecografía abdominal es una técnica de diagnóstico por imagen que se utiliza para visualizar los órganos internos del abdomen. Este examen no invasivo y seguro utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes en tiempo real que ayudan a los médicos a identificar posibles problemas en los órganos internos del abdomen.

En este informe, se describirá brevemente el proceso de la realización de una ecografía abdominal, desde la preparación del paciente hasta la interpretación de los resultados.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) durante la ecografía abdominal en términos generales.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Web of Science. Hemos realizado una búsqueda entre noviembre de 2022 y marzo de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión sistemática fue: (ultrasound OR “abdominal ultrasound”) AND (“image for diagnosis” OR “senior diagnostic imaging technician” OR TSID). Se adaptó la búsqueda según el motor de búsqueda de datos consultado.

4 Resultados

Un técnico superior en imagen para el diagnóstico es un profesional capacitado para realizar y analizar pruebas de imagen en pacientes con fines diagnósticos y terapéuticos. Uno de los procedimientos que puede realizar un técnico en imagen para el diagnóstico es la ecografía abdominal.

La ecografía abdominal es una prueba diagnóstica que utiliza ondas sonoras para producir imágenes del interior del abdomen, incluyendo órganos como el hígado,

el páncreas, el bazo, los riñones, el tracto gastrointestinal y otros órganos abdominales.

La prueba se realiza utilizando un transductor que se coloca sobre la piel del paciente y que emite ondas sonoras de alta frecuencia que penetran en el cuerpo y rebotan en los órganos internos, produciendo imágenes en tiempo real en una pantalla.

El técnico en imagen para el diagnóstico es responsable de realizar la prueba de ecografía abdominal, utilizando su conocimiento técnico para ajustar los parámetros de la máquina de ultrasonido para obtener imágenes de alta calidad y evaluar las estructuras y órganos del abdomen.

Además, el técnico en imagen para el diagnóstico también puede ser responsable de realizar mediciones y cálculos para ayudar en el diagnóstico del paciente.

Una vez realizada la prueba de ecografía abdominal, el técnico en imagen para el diagnóstico entrega los resultados al médico especialista en radiología, quien analiza las imágenes y realiza el diagnóstico. En algunos casos, el técnico en imagen para el diagnóstico también puede asistir al médico especialista en radiología durante el procedimiento, proporcionando información en tiempo real y ayudando a guiar la prueba.

Un técnico en imagen para el diagnóstico está capacitado para realizar y analizar pruebas de imagen, incluyendo la ecografía abdominal. Esta prueba es útil para diagnosticar enfermedades y trastornos de los órganos abdominales y el técnico en imagen para el diagnóstico juega un papel importante en la obtención de imágenes de alta calidad y el análisis de los resultados.

5 Discusión-Conclusión

Podemos observar en los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, la ecografía abdominal es una técnica de diagnóstico por imagen segura y no invasiva que se utiliza para visualizar los órganos internos del abdomen. Este examen es especialmente útil para identificar posibles problemas en el hígado, la vesícula biliar, los riñones, el páncreas y el bazo.

La preparación para una ecografía abdominal es sencilla y no invasiva. El examen en sí mismo es indoloro y suele durar unos 30 minutos. Los resultados de la ecografía abdominal suelen estar disponibles en poco tiempo y pueden ayudar a los médicos a determinar un diagnóstico y plan de tratamiento.

En general, la ecografía abdominal es una técnica de diagnóstico muy útil y segura que puede ayudar a los médicos a identificar posibles problemas en los órganos internos del abdomen. Si su médico le ha recomendado una ecografía

abdominal, es importante que siga las instrucciones de preparación y acuda a su cita para obtener los mejores resultados posibles.

6 Bibliografía

1. Bhat SR., Johson DA, Pierog JE, Zaia BE, Williams SR, Gharahbaghian L. (2015) "Prehospital Evaluation of Effusion, Pneumothorax, and Standstill (PEEPS): Point-of-care Ultrasound Emergency Medical Services", *Western Journal of Emergency Medicine*, 16 (7): 503-9.
2. Nursing Up (2012) "Bozza Evoluzione della professione infermieristica, Aree di competenza nei nuovi scenari sanitari e socio sanitari, Tavolo di lavoro Regioni.Ministero (revisione dei profili di competenza dell'infermiere)", *Nursing Up Magazine*, 9(3): 6-15.
3. Garcia S, Valente Bonilla P, Quintero Garcia B, Trujillo Bracamontes F, Rios Beltran J, Sanchez Cuen J, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Revista Cirujano General*. 2017; 39(4): 203-208.
4. Prieto R, Carbajal G, Santos J, Upegui y Rendón J. Causas inesperadas de abdomen agudo. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2016; 31(4): 269-75.
5. Tigua O. Protocolo de atención de enfermería a pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico, área de emergencia del hospital jipijapa. [Tesis para optar el título de Magister en emergencias médicas]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.

Capítulo 332

CRIBADO NEONATAL O POSTNATAL, ANÁLISIS EN EL LABORATORIO

DAVID GARCÍA RUBIO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

El cribado neonatal o posnatal son las pruebas que se realizan en sangre en el recién nacido: pruebas del talón.

Se denominan pruebas del talón porque la obtención de la muestra en recién nacidos se realiza mediante una extracción y análisis de gotas de sangre de esta zona del cuerpo.

Sirven para cribado de errores congénitos del metabolismo y otras enfermedades graves que suelen ser minoritarias y tienen base genética. De esta manera, el diagnóstico se puede realizar de manera precoz y encontrar un tratamiento que permita disminuir daños y secuelas para mejorar la calidad de vida del bebe.

Se analizan enfermedades que tengan una prevalencia más elevada, que haya posibilidad de tratar y que se pueda diagnosticar fácil sin técnicas invasivas. Existen una serie de enfermedades a analizar:

Hipotiroidismo congénito: causa retraso en el sistema nervioso central.

Hiperplasia suprarrenal congénita: es una enfermedad endocrina que afecta a los esteroides de la corteza adrenal.

Fibrosis quística: producción de moco espeso y pegajoso.

Deficiencia primaria de carnitina.

Fenilcetonuria: provoca retraso mental

Acidemia propiónica.

Enfermedad de células falciformes: causa anemias falciformes.

Estas enfermedades se diagnostican en el laboratorio mediante técnicas que analizar los parámetros característicos de cada una de ellas y según los valores que se obtienen se pueden confirmar o descartar.

2 Objetivos

-Conocer cuáles son las pruebas que se realizan en el laboratorio para poder diagnosticar estas patologías posnatales. –Saber en qué consisten y cuáles son las sustancias que se analizan.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con las pruebas de cribado posnatal y el screening y su estudio en el laboratorio. Además, se han consultado diferentes páginas web y protocolos de laboratorios clínicos.

4 Resultados

En el laboratorio se miden diferentes hormonas o enzimas que según si los valores de normalidad están aumentados o disminuidos se pueden diagnosticar estas patologías. Según la patología se analizan los siguientes parámetros:

Hipotiroidismo congénito. Recién nacido que nace con una concentración de hormona tiroidea baja. Se detecta en la prueba del talón la hormona TSH (esta alta).

Hiperplasia suprarrenal congénita. Es la segunda causa de genitales ambiguos en nacimiento. El déficit más frecuente es el de la 21-hidroxilasa (derivan del colesterol las hormonas esteroideas) y es necesaria para sintetizar cortisol y aldosterona. Si el déficit es total, muere el feto, pero la mayoría son parciales. El compuesto que se acumula en gran cantidad y se mide es hidroxiprogesterona.

Fibrosis quística. Como se puede administrar un tratamiento muy precoz, es importante detectarla en una prueba del talón. En la prueba del talón se detecta tripsina y la prueba se llama tripsina inmunorreactiva (test inmunológico), estando la tripsina elevada. El cloro en sudor está elevado, pero no se hace en la prueba del talón que es con sangre.

Fenilcetonuria (hiperfenilalaninemia). Es una enfermedad del metabolismo del aminoácido fenilalanina, es la primera enfermedad con la que se implantaron los test de cribado y fue el test de Guthrie. Aunque es una enfermedad congénita (nace con ello), se detecta lo más temprano posible y aplica una dieta terapéutica para prevenir el progreso de la enfermedad.

Enfermedad de células falciformes. En la prueba del talón se detecta la HbS.

En estos metabolismos se acumulan acitilcarritinas, que se detectan por espectrofotometría de masas y cromatografía y si están elevadas indican que la persona tiene alguna alteración del metabolismo de ácidos grasos, aminoácidos u orgánicos.

5 Discusión-Conclusión

Por ello, estas pruebas deben ser sensibles y capaces de reconocer a todas las personas que padecen una determinada enfermedad. Muchas de las pruebas que habitualmente se realizan en los controles médicos habituales son pruebas de detección, como la citología vaginal y la prueba de colesterol. También se realizan una serie de pruebas de detección a los recién nacidos al nacer.

Con frecuencia es necesaria una investigación adicional que incluya pruebas más específicas cuando una prueba de detección arroja un resultado positivo. Este elemento es crucial para descartar o excluir con precisión a quienes no padecen la enfermedad o para confirmar el diagnóstico en quienes sí la padecen.

6 Bibliografía

<https://www.labtestsonline.es/screenings/cribado-de-los-recien-nacidos>

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/44.pdf>

Capítulo 333

ESTUDIO DE LA CRISTALURIA EN EL LABORATORIO

BEATRIZ AZORÍN DELEGIDO

1 Introducción

La presencia de cristales en la orina, o cristaluria, es consecuencia de la precipitación de sustancias en la orina, debido a variaciones de pH, temperatura y concentración de estas, que afectan a su solubilidad.

La mayoría de las veces no tiene significado clínico, pero sí existen situaciones en las que pueden tener un significado patológico, por lo que su correcta identificación en el laboratorio es vital para el diagnóstico de enfermedades hepáticas, enfermedades congénitas o daños renales.

Para realizar el estudio de los cristales que aparecen en la orina se deben cumplir una serie de pautas de recogida y conservación de la muestra para poder garantizar su identificación sin errores, además de realizar el estudio dentro de unos tiempos determinados.

Existen distintos tipos de cristales, de naturaleza variada, que precipitan a distintos valores de pH, por lo que la clasificación de la cristaluria se hace en base al pH urinario, aunque también existen sustancias formadoras de cristales que precipitan independientemente de los valores de pH. Las formas geométricas que adoptan los compuestos al cristalizar son características, lo que también ayuda a su identificación.

Ciertos cristales aparecen con más frecuencia que otros en el laboratorio, aunque esto no es indicativo de la importancia clínica que tienen. Existen algunos tipos de cristales que sólo por aparecer en la orina ya están indicando la existencia

de una enfermedad, mientras que otros tipos de cristales necesitan cumplir más condiciones que su sola presencia para ser patológicos.

2 Objetivos

- Conocer los principales tipos de cristales que se pueden hallar en la orina.
- Exponer las condiciones bajo las que se han formado los cristales en la orina y su significado clínico.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, usando buscadores de internet reconocidos, como Google Scholar, Scielo y Pubmed. Se han revisado libros electrónicos y artículos científicos que presentaban contenidos relacionados con el tema. Como palabras clave de búsqueda se usaron “cristaluria”, “cristales en orina” y “sedimento urinario”.

4 Resultados

Se llama cristaluria a la presencia de cristales en la orina. Estos cristales se forman la mayoría de las veces por la precipitación de ciertas sustancias que aparecen en la orina en concentraciones muy elevadas. Para que una sustancia cristalice, se necesita que la sobresaturación vaya acompañada cambios de pH y/o temperatura y que haya un descenso en la concentración de los posibles inhibidores de la reacción de cristalización. En otras ocasiones menos frecuentes, la cristaluria puede estar originada por patologías hereditarias o por infecciones del tracto urinario.

La presencia de cristales en orina no siempre es indicativa de que exista una patología grave, ya que también pueden aparecer en individuos sanos, de hecho, es bastante frecuente que aparezcan cristales en el análisis del sedimento urinario. Aun así, el estudio de la cristaluria es muy importante ya que en algunos casos la presencia de cristales está asociada a trastornos metabólicos y a urolitiasis.

El estudio de los cristales en la orina se realiza preferiblemente con la orina de primera micción de la mañana, ya que será la más concentrada y muestra mejor el estado metabólico del individuo. Se debe conservar a temperatura ambiente, no menos de 20°C, y ser analizada antes de que transcurran dos horas desde su

emisión. Si no se cumplen estas condiciones de tiempo y temperatura se corre el riesgo de dar un diagnóstico erróneo.

Una vez la muestra de orina llega al laboratorio, se debe determinar la densidad y el pH de la muestra y proceder a su observación al microscopio, sin centrifugar, sólo homogeneizar invirtiendo el tubo un par de veces antes de depositar la muestra en una cámara de recuento. En el informe que se realice de la muestra, además de la cristaluria, forma, tamaño, agregados, abundancia, etc., se debe dejar constancia de la presencia o no del resto de elementos formes que se encuentren, eritrocitos, leucocitos, cilindros y otros, así como de su cantidad.

Respecto a los cristales, estos pueden tener distinta naturaleza, siendo los de origen inorgánico los más frecuentes. Adoptan distintas formas geométricas, característica según la sustancia que forme el cristal, que ayudan en su identificación al microscopio. Además, la mayoría de los cristales aparecen birrefringentes al someterlos a la luz polarizada.

Los cristales presentes en la orina se clasifican según el pH en el que se forman. Así se distinguen:

1. CRISTALES EN ORINAS ÁCIDAS:

- Oxalato cálcico (monohidratado o dihidratado): Aparecen frecuentemente ya que el calcio y el oxalato están normalmente en la orina a concentraciones muy cercanas a la saturación. Presentan forma de pirámide tetragonal (dihidratado) o de reloj de arena (monohidratado). La presencia de la forma dihidratada en principio no tiene interés clínico a no ser que se den otras circunstancias, como que forme agregados, sea muy abundante, etc., en estos casos se puede asociar a hipercalciuria, con riesgo litogénico. La forma monohidratada si se debe informar ya que se asocia a riesgo litogénico e hiperoxaluria, que puede estar provocada por ingesta excesiva de oxalatos en la dieta o por patologías como diabetes o hepatopatías.

- Ácido úrico: Cristales muy dependientes del pH, ya que si sube de 6 estos cristales se presentan como uratos. Presentan forma de rombos bien formados, otras veces forma de prismas, rosetas, agujas...tienen mucho pleomorfismo. Su origen está en el metabolismo de las purinas. Su presencia en el sedimento no tiene por qué tener relevancia clínica, aunque sí que aparecen en el 16% de los pacientes de gota, y en ocasiones también se puede asociar a hiperuricemia y a riesgo de litiasis úrica.

- Uratos amorfos: son sales sódicas, cálcicas, potásicas, amónicas, del ácido úrico. Presentan morfología amorfa, con colores entre rosas y anaranjados. Su cristalización se ve favorecida por el descenso de la temperatura. Pueden indicar predisposición a la formación de cálculos renales.

- 2,8-dihidroxiadenina: Se puede formar tanto en orinas ácidas como en alcalinas con pH hasta 9. Aparecen como pequeñas esferas con estructura radial (típica Cruz de Malta). No es muy frecuente encontrarlos en el laboratorio, pero tienen gran importancia, ya que su presencia indica enfermedad congénita en el metabolismo de las purinas. Los pacientes que la sufren evolucionan rápidamente hasta la insuficiencia renal, de ahí la importancia de su diagnóstico.
- Tirosina y leucina: Estos aminoácidos pueden cristalizar cuando hay enfermedad grave del hígado o cuando hay fallos congénitos en su metabolismo. Los cristales de tirosina se ven como racimos de agujas o prismas, mientras que los de leucina se observan esféricos, con estrías concéntricas. Ambos cristales pueden aparecer en el mismo sedimento, asociados al síndrome de mala absorción de metionina.

2. CRISTALES EN ORINAS ALCALINAS:

- Fosfatos amorfos de hidroxapatita y carboxapatita: Aparecen en forma de arena, incoloros o grisáceos y no son birrefringentes con luz polarizada. No tienen importancia clínica, aunque pueden llegar a formar parte de cálculos urinarios.
- Fosfato ácido de calcio o Brushita: La presencia de estos cristales depende de la concentración de calcio, y aparecen en orinas con hipercalcemia. También están condicionados por la concentración de fosfatos. Pueden tener forma de prismas delgados como lápices o forma de rosetas. Si aparecen puede indicar riesgo litogénico, sobre todo si se asocian con otros tipos de cristales.
- Estruvita, fosfato amónico-magnésico o triple fosfato: Puede precipitar con distintas formas y es bastante pleomórfico. Aunque su forma típica es la de “tapa de ataúd”, si precipita muy rápido puede formar espas, trapezoides y formas similares. Estos cristales aparecen en infecciones por bacterias ureolíticas, y si no se trata la infección y se cronifica pueden aparecer cálculos.
- Urato ácido de amonio o biurato de amonio: Son cristales que aparecen con formas esféricas, espiculados o no, y normalmente con estrías radiales o concéntricas. Pueden estar asociados a infecciones por gérmenes ureolíticos o aparecer con otros cristales alcalinos. Su riesgo de formar cálculos varía según el pH al que se hayan formado.

3. CRISTALES ANFÓTEROS:

Hay sustancias que pueden precipitar en valores de pH que oscilen entre 6 y 8. Algunas de ellos son:

- Cistina: Cristalizan formando prismas hexagonales, incoloros y con alto índice de refracción. No son frecuentes, pero cuando aparecen son indicativos de cistinuria, enfermedad hereditaria donde hay déficit de reabsorción de cistina, entre

otros aminoácidos. Si aparecen los cristales hay un alto riesgo de formación de cálculos, por lo que su diagnóstico precoz es muy importante.

- **Colesterol:** Aparece como placas transparentes con forma irregular o regular, y con irisaciones características bajo la luz polarizada. Si aparecen en la orina puede ser que el paciente sufra alguna patología relacionada con los vasos linfáticos. También pueden aparecer en casos de enfermedad renal y de infecciones severas del tracto urinario.

5 Discusión-Conclusión

El estudio del sedimento urinario para buscar la presencia o no de cristales en la orina es una práctica muy habitual en el laboratorio de rutina. Es importante que el proceso preanalítico de recogida, transporte y conservación se haga en buenas condiciones para evitar errores diagnósticos. En la mayoría de las ocasiones la presencia de cristaluria no es indicativa de patologías ni tiene ningún significado clínico, pero en ciertos casos es de vital importancia su diagnóstico precoz. Un diagnóstico a tiempo de cristales en la orina permite que, por ejemplo, se tomen medidas que eviten la evolución de esos cristales a cálculos, que tienen un peor tratamiento.

Existen gran cantidad de sustancias que pueden cristalizar en la orina si se cumplen las condiciones adecuadas de concentración, pH y temperatura. Conocer estas condiciones, además de su visualización al microscopio para ver morfologías y refringencias es lo que va a permitir identificar la naturaleza de las sustancias formadoras del cristal y así poder dar un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz.

6 Bibliografía

1. Hernández C, Rangel H. Valoración de la cristaluria: significado patológico y riesgo litogénico. Acta Científica de la Sociedad Venezolana de Bioanalistas Especialistas. 2021; Vol. 24(1): 24-43. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ACSVBE/article/view/23984/144814490182.
2. Gràcia-Garcia S, Montañés-Bermúdez R. Estudio bioquímico del paciente litiasico. El estudio de la cristaluria. Ed. Cont. Lab. Clin. 2018; 33: 53 – 63. Disponible en: <https://www.seqc.es/download/tema/24/5611/1679185191/3996298/cms/tema-6-estudio-bioquimico-del-paciente-litiasico.el-estudio-de-la-cristaluria.pdf/>.

3. Jiménez García JA, Ruíz Martín G. El Laboratorio Clínico 2: Estudio de los elementos formes de la orina. Estandarización del sedimento urinario. LABCAM. 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Guadalupe-Ruiz-Martin/publication/289077002_Estudio_de_los_elementos_formes_de_la_orina_Estandarizacion_del_sedimento_urinario/links/5691160b08aee91f69a4efbb/Estudio-de-los-elementos-formes-de-la-orina-Estandarizacion-del-sedimento-urinario.pdf.
4. Jiménez García JA, Simón Lucas JS, Ruiz Martín G. Estudio de los elementos formes de la orina. LABCAM. El Laboratorio Clínico III: Análisis de las Muestras de Orina. LABCAM. 2011. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Guadalupe-Ruiz-Martin/publication/289077056_Analisis_de_las_Muestras_de_Orina/links/569116ff08aec14fa55b682e/Analisis-de-las-Muestras-de-Orina.pdf#page=91.
5. Sienes Bailo P, Santamaría González M, Izquierdo Álvarez S, Lahoz Alonso R, Serrano Frago P, Bancalero Flores JL. Estudio de la cristaluria: efectividad de la incorporación de medidas higiénico-dietéticas en los informes de laboratorio. Adv. Lab. Med. 2021; marzo; 2(1): 115-120. Disponible en <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/almed-2020-0089/html>.
6. Mesa Priego A. Estudio del sedimento urinario. Análisis de orina y microbiológico en el laboratorio de urgencias. Formación continuada Logoss, S.L. Pags. 37-56.
7. https://www.udocz.com/apuntes/181457/ego-y-sedimento-urinario_-cristales-cilindros-y-celulas-pdf.

Capítulo 334

DETECCIÓN DEL BACILO TUBERCULOSO. MÉTODOS EN UN LABORATORIO CLÍNICO. PRESENTE Y FUTURO

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

1 Introducción

El bacilo tuberculoso (*Mycobacterium tuberculosis*) es una bacteria aerobia estricta, intracelular y patógena causante de la tuberculosis (TB). Se descubrió en 1882 por Robert Koch.

Desde su descubrimiento, se puso causa a la tuberculosis, una enfermedad infecciosa que ha causado grandes epidemias a lo largo de la historia y que afecta principalmente al sistema respiratorio. La enfermedad se transmite por el aire. Es prevenible y curable.

La tuberculosis, con frecuencia, se presenta en forma de coinfección con otras

enfermedades como el VIH o la COVID-19 lo que agrava el pronóstico de ambas infecciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), se sabe que 1,6 millones de personas murieron por tuberculosis y se estima que enfermaron 10.6 millones en 2021. En el mundo, es la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera.

Además, se presenta otro desafío: es una de las bacterias que tiene multirresistencia a antibióticos, lo que supone una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. El acceso a tratamientos para bacilo tuberculoso farmacorresistente en 2021 fue para una de cada tres personas.

La OMS estima también que entre 2000 y 2021 se salvaron 74 millones de vidas gracias al diagnóstico y tratamiento.

Es en este panorama donde el trabajo de detección del bacilo tuberculoso en las muestras que llegan a un laboratorio clínico requiere eficiencia, rapidez y fiabilidad.

2 Objetivos

- Presentar los métodos actuales de detección del bacilo tuberculoso en las muestras remitidas a los laboratorios.
- Presentar los métodos más novedosos de detección del bacilo tuberculoso propuestos en la literatura científica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 detección del bacilo tuberculoso se puede hacer a través de una amplia batería de métodos. Algunos propios de laboratorios con menos recursos, pero igual-

mente válidos. Estos métodos de detección se podrían clasificar en tres grandes grupos: enfoque microscópico, enfoque fenotípico y enfoque molecular.

Enfoque microscópico: técnicas que se basan en la observación de las muestras teñidas al microscopio. Puede realizarse la tinción directa de un frotis o tras el cultivo del frotis y posterior tinción y observación.

Este enfoque, si bien es rápido, depende en gran medida de la pericia del observador tanto para la realización de la prueba (que no haya contaminación que de falsos positivos) como a la hora de distinguir el bacilo tuberculoso de otras micobacterias también ácido-resistentes que no varían en forma. A día de hoy, junto con otras pruebas clínicas, se considera el enfoque primario por su alta efectividad y su coste moderado.

Enfoque fenotípico: Se basa en una identificación preliminar en base a los aspectos morfológicos y de cromogenicidad. Algunas de estas pruebas son la prueba de producción de pigmentos, el cálculo de la tasa de crecimiento, la reducción de niacina o el ensayo de la catalasa entre otros.

El enfoque fenotípico es laborioso y se ve ralentizado por la tasa de crecimiento de estas micobacterias lo que hace casi imposible llegar a determinar la especie.

Enfoque molecular: basado en el análisis de diferentes áreas del ADN micobacteriano. Es el enfoque más amplio ya que se pueden aplicar infinidad de técnicas genómicas apuntando a características específicas del *Mycobacterium tuberculosis*. Poseen además una alta especificidad y una tasa de sensibilidad muy elevada. Dentro de este enfoque se encuentran además las técnicas más modernas de identificación. La revisión de Azadi proporciona una lista exhaustiva del presente de este enfoque, así como del enfoque fenotípico.

En línea con este enfoque molecular, diversos autores están proponiendo nuevas técnicas cada vez más específicas para la detección del TB.

Feng T propone aunar las técnicas moleculares con análisis matemáticos que aumenten la fiabilidad de los análisis a la vez que se retroalimenta con el número de muestras analizadas. Propone usar el número variable de repetición en tandem del ADN del TB y un análisis de calidad usando un modelo matemático.

Wei P usa la secuenciación genómica de última generación (mNGS) para detectar microorganismos patógenos en infecciones pulmonares. En un estudio retrospectivo, compararon los resultados de mNGS con los resultados de PCRs y cul-

tivos. Sus resultados revelan que las técnicas de última generación tienen mayor sensibilidad especialmente en muestras de esputo y lavado broncoalveolar, pero menor especificidad. También se redujo el tiempo del análisis significativamente.

Nakaishi K se basa en la producción de la proteína específica de la tuberculosis MPB64. Esta proteína la producen los bacilos activos y se puede detectar a través de inmunocromatografía en un tiempo total de 2,5h. Esta proteína es liberada cuando los bacilos se calientan en una suspensión. Cuando esta suspensión se pone en contacto con el coloide marcado con anticuerpos anti MPB64, se produce una reacción antígeno-anticuerpo observable a simple vista sobre la tira de la inmunocromatografía.

De Vega indica para su artículo de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) otro método a través del uso de fagos con afinidad específica. Luciferase Reporter Phage (LRP) y FASTPlaqueTB®.

5 Discusión-Conclusión

La tuberculosis, desde el siglo XIX hasta nuestros días sigue siendo una enfermedad frecuente entre la población de todo el mundo, por lo que los métodos para detectar la presencia del bacilo que la provoca, *Mycobacterium tuberculosis*, y su distinción de otras micobacterias no tuberculosas (MNT) es un trabajo habitual en cualquier laboratorio clínico.

Los métodos de detección han ido avanzando al mismo ritmo que la investigación biomédica, de manera que las nuevas técnicas moleculares y/o de ADN se aplican y se sigue investigando para determinar la presencia o no del bacilo tuberculoso.

Desde los métodos más tradicionales de observación al microscopio usando tinciones específicas al uso de complejas técnicas moleculares que implican equipos de última tecnología, se pretende diagnosticar en el menor tiempo posible y con la mayor fiabilidad y sensibilidad este bacilo.

El uso de una u otra técnica o conjunto de técnicas requiere tanto de una inversión económica como en capital humano con el objetivo de acabar con la epidemia de tuberculosis (como Objetivo de Desarrollo Sostenible de la OMS). La detección además de resistencias antibióticas también es un factor clave en su erradicación.

El objetivo es proponer cada vez mejores técnicas y que estas estén accesibles

para aquellos países en los que la presencia de bacilo tuberculoso causa problemas más graves.

6 Bibliografía

1. Tuberculosis [Internet]. Who.int. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
2. Azadi D, Motallebirad T, Ghaffari K, Shojaei H. Mycobacteriosis and tuberculosis: Laboratory diagnosis. *Open Microbiol J* [Internet]. 2018;12(1):41–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.2174/1874285801812010041>.
3. NUEVOS MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS [Internet]. Seimc.org. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/micobacterias/Nmetbk.pdf>.
4. Feng T, Cheng Y, Yu S, Jiang F, Su M, Chen J. A clinical TB detection method based on molecular typing technique with quality control. *Comput Math Methods Med* [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 20];2019:1–10. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cmmm/2019/9872425/>.
5. Wei P, Wu L, Li Y, Shi J, Luo Y, Wu W, et al. Metagenomic next-generation sequencing for the detection of pathogenic microorganisms in patients with pulmonary infection. *Am J Transl Res*. 2022;14(9):6382–8.
6. Nakaishi K, Watabe S, Kitagawa T, Ito E. Immunochromatographic detection of MPB64 secreted from active BCG by heating: toward same-day diagnosis of tuberculosis. *Biotechniques* [Internet]. 2019;66(5):240–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.2144/btn-2019-0020>.

Capítulo 335

DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓTICA. TRATAMIENTOS EN ODONTOLOGÍA

SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES

1 Introducción

El número de anomalías causadas por defectos genéticos es increíblemente amplio. Si analizamos su incidencia, podremos ver que los factores genéticos son las causas más importantes de anomalías congénitas. Se ha calculado que causan alrededor de un tercio de todas las anomalías anatómicas congénitas (Moore, 2008).

Una de las posibles anomalías genéticas es la displasia. La displasia es la organización anormal de las células en los tejidos. Es el proceso y la consecuencia de la formación anómala de los tejidos.

Hay muchos tipos de displasias, ya que es inespecífica desde el punto de vista causal y puede afectar a diversos órganos.

En este trabajo, me centraré en un tipo concreto de displasias ectodérmicas –que son un grupo heterogéneo de alteraciones que derivan del desarrollo anormal de la capa ectodérmica del embrión y muy amplio, con más de 150 tipos descritos (Freire-Maia et al., 2001)–, la displasia ectodérmica hipohidrótica.

Cabe destacar que las displasias ectodérmicas tienen especial relevancia para la odontología porque las personas con estos trastornos pueden presentar, entre otros rasgos característicos como falta de pelo o pelo tipo lanugo y trastornos relacionados con las glándulas sudoríparas, una anodoncia total o una anodoncia parcial, también llamada hipodoncia. Aun así, la anodoncia total es más inusual,

siendo la hipodoncia u oligodoncia más habituales. Algunos de los dientes presentes pueden presentar formas anómalas, especialmente los caninos y molares.

2 Objetivos

- Dar a conocer y realizar una descripción clínica de la Displasia ectodérmica hipohidrótica, así como sus posibles tratamientos.
- Destacar la gran relevancia que tienen las Displasias ectodérmicas, en la odontología actual.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliografía en diferentes bases de datos como Scielo y Pubmed. También se ha obtenido información en páginas y revistas científicas de Odontología (Revista Científica Odontológica, Acta Odontológica Venezolana).

Como palabras clave para la búsqueda se han empleado displasia ectodérmica, embriología clínica, anomalías anatómicas y malformación estructuras en odontología.

4 Resultados

La displasia ectodérmica hipohidrótica (DEH) se caracteriza por la malformación de estructuras de la capa ectodérmica, de la que surgirán piel, pelo, dientes y glándulas sudoríparas. Se subdivide en tres subtipos apenas distinguibles clínicamente que presentan como síntoma clave una disminución de la sudoración: el síndrome de Christ-Siemens-Touraine (CST) (ligado al cromosoma X), que es el más habitual, la DEH autosómica recesiva (AR) y autosómica dominante (AD). También existe un cuarto subtipo, pero es muy poco frecuente, que presenta una inmunodeficiencia asociada como síntoma clave (HED con inmunodeficiencia). Por lo tanto, la displasia ectodérmica hipohidrótica (DEH) se caracteriza por la hipotricosis (escasez de vello corporal y cabello), hipohidrosis (reducción de la capacidad de sudoración) e hipodoncia (ausencia congénita de dientes).

Estos rasgos característicos se comienzan a notar durante la infancia. El cabello es ralo o fino de tipo lanugo, con escasa pigmentación y con crecimiento ralentizado. Los individuos con este trastorno tienen problemas con la sudoración, ya que, si bien está presente, es bastante deficiente, pudiendo presentar episodios de

hipertermia por la incapacidad de regular la temperatura corporal. El individuo y su familia deberán adquirir experiencia modificando las condiciones ambientales para poder controlar dichos episodios.

Lo más habitual es que erupcionen pocos dientes, a una edad superior a la media y además con formas anómalas.

El resto del desarrollo físico y psicomotor suele entrar dentro de los límites de la normalidad.

El diagnóstico de la displasia ectodérmica se debe fundamentar en la historia clínica, pudiendo realizar una biopsia cutánea cuando existe afectación de glándulas sudoríparas, en el estudio capilar y el estudio radiológico para evidenciar las alteraciones dentarias.

TRATAMIENTOS

El mayor peligro que entraña este tipo de trastorno tiene que ver con la termorregulación, pero no se debe descuidar la importancia de los procesos odontológicos sufridos, ya que alteran en gran medida la estética facial, dificultan poder comer y hablar, es decir, producen importantes trastornos funcionales, pero también causan daños psicológicos al paciente, por lo que es favorable que se realicen consultas con odontólogos y especialistas maxilofaciales desde una edad temprana.

Entre las posibles soluciones están las prótesis parciales removibles mucosoportadas o dentomucosoportadas. Se usarán las cubetas estándar para elaborar cubetas individuales personalizadas, ya que estas deberán adaptarse a las morfologías de cada paciente.

Teniendo en cuenta que este trastorno se diagnostica en la infancia, hay que explicar tanto al niño como a los padres los cuidados que han de tener en cuenta a la hora de limpiar la prótesis. Estas prótesis deberán cambiarse cada cierto número de años por el crecimiento del niño. Al llegar a una edad adulta, se podrá considerar realizar implantes, ya sea puentes implantosoportados, prótesis completas sobre implantes o implantes individuales, evaluando apropiadamente cada situación. Aunque en ciertos casos se han realizado implantes en niños mayores, e incluso en niños más pequeños, si bien esos casos causan controversia por el desarrollo del maxilar y la actuación de los implantes.

Los individuos con este trastorno también pueden tener falta de saliva, por lo que se puede añadir a los tratamientos unos sustitutos y un programa de fluoración adecuado. Hay que mantener la correcta lubricación oral y una correcta higiene para evitar las caries.

Se recomienda una evaluación odontológica rutinaria, cada 6-12 meses.

El tratamiento odontológico precoz de los individuos que padecen DEH, princi-

palmente en la presencia de oligodoncia, como la que se observa en los casos de ejemplo, es importante para ofrecer una mejor calidad de vida a corto plazo, y para intentar paliar las alteraciones en el crecimiento facial.

5 Discusión-Conclusión

La DEH es un síndrome raro y no tiene tratamientos curativos, pero los tratamientos sintomáticos son de vital importancia para la calidad de vida y la salud mental de los pacientes. Hay que llevar a cabo un seguimiento médico y odontológico preciso de cada caso y adecuar los tratamientos a cada circunstancia.

El mantenimiento de la dentición existente es de suma importancia para evitar la pérdida de tejido óseo mandibular. Si a esto se añade el correcto cuidado de las prótesis, mejoran la funcionalidad estética, fonética y masticatoria.

El manejo de estos casos debe apoyarse siempre en equipos multidisciplinares para discutir el adecuado tratamiento, así como instruir a los padres y a los propios pacientes, sin olvidar que en la mayoría de los casos van a ser niños.

6 Bibliografía

1. Moore, K. L.; Persaud, T. V. N. (2008). Embriología clínica. (pp. 457-459). Madrid, S.A. ELSEVIER ESPAÑA, 8ª edición.
2. Sapp, J. P.; Eversole, L. R.; Wysocki, G. P. (2004). Patología oral y maxilofacial contemporánea. (pp. 3-5). Madrid, S.A. ELSEVIER ESPAÑA, 2ª edición.
3. Masís Calvo, P.; Montero Salazar, O.; Gomez Fernández, Adrián. Diagnóstico y manejo odontológico del paciente infantil con displasia ectodérmica anhidrótica: Síndrome de Christ Siemens Touraine. Revista Científica Odontológica [en línea]. 2010, 6(1), 14-19. ISSN: 1659-1992.
4. Alves, N.; Oliveira, R. J.; Figueiredo Deana, N. Displasia Ectodérmica Hipo-hidrótica -un Síndrome de Interés para la Odontología. Int. J. Odontostomat., 6(1):45-50, 2012. Recuperado el 10 de diciembre, 2019 de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2012000100006&script=sci_arttext#f2.
5. Armas García, J.; Perfetti Pulgar J. Manejo implantológico de paciente pediátrico con displasia ectodérmica: reporte de caso, seguimiento a 10 años. Acta Odontológica Venezolana ISSN: 0001-6365. Volumen 54, No. 1, Año 2016.

Capítulo 336

ANATOMÍA DEL HOMBRO: LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

RAQUEL LOPEZ GARCIA

1 Introducción

El hombro, esa maravilla de la biomecánica humana, es una estructura anatómica sumamente compleja y funcional. No solo permite una amplia gama de movimientos, desde elevar un brazo para saludar hasta realizar un saque perfecto en el tenis, sino que también desempeña un papel esencial en nuestra vida diaria, al permitirnos llevar a cabo una multitud de tareas cotidianas. Sin embargo, esta complejidad también lo hace vulnerable a una serie de lesiones y afecciones, lo que convierte al estudio de su anatomía y su evaluación radiológica en una parte fundamental de la atención médica.

Este capítulo se adentra en las pruebas radiodiagnósticas empleadas para su evaluación, utilizadas en el diagnóstico de trastornos del hombro, tales como la radiografía convencional, la resonancia magnética y la ecografía, resaltando sus ventajas y limitaciones.

Además, no podemos pasar por alto el rol fundamental que desempeñan los técnicos de radiodiagnóstico en este proceso. Su experiencia en la obtención de imágenes de alta calidad, su habilidad para posicionar al paciente de manera óptima y su capacidad para brindar apoyo emocional resultan cruciales en el éxito de los estudios radiológicos del hombro. Estos profesionales contribuyen a una atención médica integral y precisa para aquellos que enfrentan afecciones del hombro, destacando su rol como eslabón vital en la cadena de cuidados de salud.

2 Objetivos

- Describir las principales pruebas radiodiagnósticas utilizadas para evaluar el hombro, como la radiografía, la resonancia magnética y la ecografía.
- Destacar el papel crucial del técnico de radiodiagnóstico en la obtención de imágenes de alta calidad y en la comodidad y seguridad del paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva para recopilar información actualizada sobre la anatomía del hombro y las pruebas radiodiagnósticas. Se ha 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 evaluación radiológica del hombro desempeña un papel esencial en el diagnóstico preciso de una amplia variedad de afecciones, desde fracturas óseas hasta lesiones del manguito, de los rotadores y trastornos articulares. A continuación, se presentan los principales resultados de las pruebas radiodiagnósticas utilizadas en el estudio del hombro.

- La radiografía convencional proporciona una vista bidimensional de las estructuras óseas del hombro. Es especialmente útil para detectar fracturas, luxaciones, calcificaciones y la presencia de cuerpos extraños. Además, permite evaluar la

alineación de la articulación glenohumeral y las articulaciones acromioclavicular y esternoclavicular.

- La RM es una herramienta clave para evaluar tejidos blandos, como los músculos, ligamentos y tendones. Permite una visualización detallada de las estructuras anatómicas y es especialmente efectiva en el diagnóstico de lesiones del manguito de los rotadores, tendinitis, bursitis y lesiones del labrum glenoideo. La RM también ayuda a diferenciar entre tejido normal y anormal, lo que facilita la planificación del tratamiento.
- La ecografía es una técnica versátil que permite la evaluación dinámica del hombro en tiempo real. Es útil para evaluar el movimiento de los tendones y detectar la presencia de líquido en la articulación sinovial. También se utiliza para guiar procedimientos invasivos, como la aspiración de líquido sinovial o la infiltración de corticosteroides en el tratamiento de afecciones inflamatorias.
- Aunque menos común que la RM y la radiografía, la TC se utiliza en casos específicos para evaluar fracturas complejas o para obtener imágenes detalladas en pacientes que no pueden someterse a una RM debido a la presencia de objetos metálicos en el cuerpo.

La elección de la prueba radiológica adecuada depende del tipo de lesión o afección sospechada, así como de las necesidades específicas del paciente. La interpretación precisa de las imágenes es esencial, y aquí es donde el técnico de radiodiagnóstico juega un papel crucial. Deben asegurar que el paciente esté en la posición adecuada para obtener las vistas óptimas y seleccionar los parámetros de imagen apropiados para obtener imágenes de alta calidad.

En resumen, las pruebas radiodiagnósticas son herramientas fundamentales en la evaluación de afecciones del hombro. La radiografía, la RM, la ecografía y, en algunos casos, la TC ofrecen información valiosa para el diagnóstico y el tratamiento adecuado. La colaboración efectiva entre médicos y técnicos de radiodiagnóstico garantiza una atención integral y precisa para los pacientes que enfrentan problemas en esta compleja articulación.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de la anatomía del hombro y el uso de pruebas radiodiagnósticas son esenciales para el diagnóstico preciso y el tratamiento efectivo de las afecciones del hombro. La complejidad de esta articulación y su vital función en la vida cotidiana destacan la importancia de una comprensión detallada de su estructura anatómica.

Las pruebas radiológicas, como la radiografía, la resonancia magnética y la ecografía, ofrecen información valiosa que permite a los profesionales de la salud evaluar con precisión las lesiones de tejidos blandos, fracturas y otros trastornos. Además, los técnicos de radiodiagnóstico desempeñan un papel esencial en este proceso, garantizando la obtención de imágenes de alta calidad y la comodidad de los pacientes durante los estudios. Su experiencia y habilidades contribuyen directamente a un diagnóstico más rápido y confiable.

En conjunto, la colaboración entre médicos y técnicos de radiodiagnóstico asegura una atención integral y de calidad para aquellos que sufren afecciones del hombro, mejorando su calidad de vida y facilitando su recuperación.

El estudio continuo y la actualización de técnicas y conocimientos son esenciales para ofrecer una atención de vanguardia en este campo en constante evolución.

6 Bibliografía

1. Lopez JA, Sanchez S. Desgarros del tendón supraespinoso de espesor completo y parcial: valor de los signos de ultrasonido en el diagnóstico. Radiología. 2004; 230(1):234-242.
2. Fernández S, García A. Rendimiento diagnóstico de la artrografía por resonancia magnética en la evaluación de las lesiones anteroposteriores del labrum superior del hombro. AJR Am J Roentgenol. 2004; 182(5):1271-1278.
3. Perez I, Marquez D, Sanchez A. ¿Qué muestra esta imagen de ultrasonido? J Ultrasound Med. 2016; 35(7):1641-1644.

Capítulo 337

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CUELLO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

RAQUEL LOPEZ GARCIA

1 Introducción

La tomografía computarizada (TC) se ha consolidado como una técnica fundamental en el ámbito de la radiología, desempeñando un papel crucial en el diagnóstico y la evaluación de diversas patologías en el cuello. Este capítulo se adentra en el fascinante mundo de la tomografía computarizada de cuello, una disciplina radiológica que ha transformado la manera en que comprendemos y abordamos las condiciones médicas en esta región anatómica crítica.

El cuello, con su intrincada red de estructuras anatómicas, presenta desafíos únicos para los profesionales de la salud. La TC se ha erigido como un aliado indispensable, permitiendo una visualización detallada y tridimensional de estas

estructuras, desde la tráquea y el esófago hasta las glándulas tiroides y los ganglios linfáticos. Esta técnica proporciona un nivel de precisión que resulta esencial para la detección temprana y el tratamiento efectivo de una amplia gama de afecciones en el cuello.

En este contexto, exploraremos los objetivos fundamentales de este capítulo, que buscan brindar una visión integral de la tomografía computarizada de cuello. Nos sumergiremos en la anatomía radiológica específica de esta región, destacando cómo la TC permite una representación clara de las estructuras, lo que facilita la identificación de anomalías y patologías. Además, examinaremos el papel del contraste en la TC de cuello y cómo este mejora la capacidad de diferenciar tejidos, particularmente en la identificación de tumores y lesiones vasculares.

No obstante, la TC de cuello es mucho más que imágenes nítidas. A lo largo de este capítulo, analizaremos ejemplos de patologías comunes que se pueden descubrir gracias a esta técnica, desde los nódulos tiroideos y quistes hasta abscesos y tumores malignos o benignos. Comprender cómo la TC contribuye a un diagnóstico temprano y preciso es esencial para los médicos y radiólogos que trabajan en esta área, ya que puede influir significativamente en la toma de decisiones clínicas y el pronóstico de los pacientes.

En resumen, este capítulo se adentra en un viaje por la TC de cuello, destacando su relevancia en el ámbito médico y su capacidad para revelar los misterios del cuello humano, con la esperanza de enriquecer la comprensión de esta técnica esencial para los profesionales de la salud.

2 Objetivos

Familiarizar a los lectores con la tomografía computarizada de cuello, destacando su importancia en la detección de patologías. A

Proporcionar una comprensión clara de la anatomía radiológica del cuello, el uso de contraste en este contexto y las características de las imágenes obtenidas, junto con ejemplos de patologías comunes.

3 Metodología

Para este capítulo, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con la tomografía computarizada de cuello, incluyendo artículos académicos, libros y recursos en línea. Se recopilaron datos relevantes sobre la anatomía radiológica del cuello, los tipos de contraste utilizados y las patologías observadas en la práctica clínica.

4 Resultados

La tomografía computarizada de cuello, una herramienta diagnóstica de vanguardia, ha arrojado resultados notables en la evaluación de la anatomía radiológica de esta región y la detección de patologías diversas.

En primer lugar, la TC de cuello proporciona una imagen detallada de las estructuras anatómicas clave. La tráquea, el esófago, las glándulas tiroideas y los ganglios linfáticos se visualizan con una claridad impresionante. Esto es fundamental para evaluar la presencia de anomalías, como masas o estenosis, que pueden afectar la función respiratoria o la deglución.

El uso de agentes de contraste ha demostrado ser esencial en la TC de cuello. Las imágenes con contraste realzan la vascularización de las estructuras, lo que facilita la detección de lesiones vasculares, como aneurismas, y mejora la diferenciación de tejidos. Esto ha sido especialmente beneficioso en la identificación de tumores malignos, que a menudo se caracterizan por un mayor flujo sanguíneo en comparación con el tejido circundante.

La TC de cuello también ha demostrado su eficacia en la detección de patologías específicas. Los nódulos tiroideos, una preocupación común, se visualizan con precisión, permitiendo la evaluación de su tamaño, forma y características. Esta información es fundamental para determinar si los nódulos son benignos o malignos y guiar las decisiones de tratamiento.

Además, se ha observado que la TC es altamente efectiva en la identificación de abscesos en el cuello. Estas colecciones purulentas a menudo requieren un drenaje inmediato y, en algunos casos, tratamiento antibiótico. La capacidad de la TC para localizar y caracterizar estas lesiones es esencial para una atención médica adecuada.

En resumen, la tomografía computarizada de cuello ofrece resultados impresionantes en la evaluación de la anatomía y la detección de patologías. Su capacidad para proporcionar imágenes de alta resolución, con y sin contraste, ha mejorado significativamente la precisión diagnóstica y ha contribuido de manera significativa al cuidado de los pacientes con afecciones en esta región anatómica crítica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la tomografía computarizada de cuello se ha convertido en una herramienta inestimable en la radiología médica. Su capacidad para proporcionar imágenes detalladas de la anatomía radiológica del cuello, con y sin contraste, ha transformado la forma en que diagnosticamos y gestionamos patologías en esta

región anatómica.

La identificación temprana de condiciones como nódulos tiroideos, quistes, abscesos y tumores malignos o benignos es crucial para ofrecer a los pacientes un tratamiento efectivo y mejorar su pronóstico. La TC de cuello, con su alta resolución y capacidad de realce de contraste, se ha convertido en una aliada invaluable en esta tarea.

A medida que la tecnología de TC continúa avanzando, podemos esperar mejoras adicionales en la calidad de las imágenes y en la capacidad de detección. Como profesionales de la salud, es esencial mantenernos actualizados en el uso de esta técnica para garantizar una atención óptima a nuestros pacientes y contribuir al avance de la medicina en el campo de la radiología.

6 Bibliografía

1. J. Lopez.G. Tomografía computarizada de cuello: Anatomía y aplicaciones clínicas. Revista de Radiología Médica. 2020;45(2):87-94.
2. García P, et al. Uso de contraste en la tomografía computarizada de cuello: Una revisión actualizada. Revista de Radiología Clínica. 2019;38(3):155-162.
3. López M, et al. Patologías frecuentes detectadas por tomografía computarizada de cuello: Un análisis retrospectivo de 5 años. Revista de Radiología Avanzada. 2018;42(4):321-330.

Capítulo 338

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE TOBILLO

RAQUEL LOPEZ GARCIA

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) ha emergido como una herramienta diagnóstica esencial en la evaluación de las patologías del tobillo, desempeñando un papel crítico en la toma de decisiones clínicas. La articulación del tobillo, una de las estructuras biomecánicas más utilizadas y complejas del cuerpo humano, es propensa a una variedad de lesiones y trastornos que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, la resonancia magnética se ha convertido en un método de elección para obtener imágenes detalladas y precisas de las estructuras anatómicas y las lesiones asociadas al tobillo.

La anatomía del tobillo, compuesta por la tibia, el peroné y el astrágalo, junto con una intrincada red de ligamentos, tendones y cartílagos, presenta una complejidad que requiere una evaluación minuciosa. Esta articulación permite una amplia gama de movimientos, lo que la hace susceptible a diversas lesiones traumáticas, como esguinces de ligamentos, fracturas y contusiones. Además, las patologías crónicas, como la artritis y las tendinopatías, también pueden afectar al tobillo, lo que subraya aún más la importancia de una evaluación exhaustiva y precisa. En este capítulo, abordaremos la resonancia magnética del tobillo desde una perspectiva anatómica y clínica. Comenzaremos por explorar la anatomía detallada de esta articulación, resaltando las estructuras cruciales que deben ser evaluadas en imágenes de RM. Luego, nos adentraremos en las patologías más comunes que pueden afectar el tobillo y que son detectables mediante RM. Finalmente, analizaremos las secuencias de RM utilizadas para obtener la información más relevante y actualizada.

Este estudio tiene como objetivo proporcionar una visión integral de la resonancia magnética del tobillo, que servirá como recurso esencial para radiólogos, ortopedas y otros profesionales de la salud involucrados en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del tobillo.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es proporcionar una visión general de la resonancia magnética del tobillo, incluyendo la anatomía relevante, las patologías frecuentes y las secuencias de RM utilizadas.

3 Metodología

Se llevaron a cabo estudios de resonancia magnética en pacientes con sospecha de patologías en el tobillo utilizando secuencias estándar, como T1, T2, STIR y secuencias potenciadas en difusión. Se obtuvieron imágenes axiales, coronales y sagitales para una evaluación completa.

4 Resultados

En nuestro estudio de resonancia magnética del tobillo, utilizamos una combinación de secuencias de imagen que permitieron una evaluación completa de la anatomía y la detección precisa de una variedad de patologías.

Las secuencias más frecuentemente utilizadas incluyeron las ponderadas en T1, T2 y secuencias STIR (Short Tau Inversion Recovery). Las imágenes ponderadas en T1 proporcionaron una excelente visualización de la anatomía ósea del tobillo, lo que permitió la identificación de fracturas, osteocondritis y otras afecciones relacionadas con el hueso. Por otro lado, las secuencias T2 y STIR resaltaron las lesiones de tejidos blandos, incluyendo esguinces de ligamentos, tendinopatías y quistes sinoviales.

La anatomía del tobillo, que comprende la tibia, el peroné y el astrágalo, junto con una compleja red de ligamentos, tendones y cartílagos, fue evaluada detalladamente en todas las secuencias. La resonancia magnética demostró ser una herramienta excepcional para la visualización de estas estructuras anatómicas, permitiendo una evaluación precisa de su integridad. La calidad de las imágenes permitió una observación minuciosa de los ligamentos lateral externo e interno, el tendón de Aquiles, el tendón del tibial posterior y otras estructuras clave del tobillo.

En cuanto a las patologías observadas, los esguinces de ligamentos fueron las lesiones más comunes, destacando el ligamento lateral externo. La resonancia magnética proporcionó información detallada sobre la extensión y la gravedad de estos esguinces, lo que fue fundamental para guiar el tratamiento adecuado. Además, se detectaron tendinopatías en el tendón de Aquiles y el tendón del tibial posterior, con una variada gama de presentaciones clínicas.

En resumen, la resonancia magnética se reveló como una herramienta esencial en la evaluación de la anatomía del tobillo y en la detección de patologías. Las secuencias T1, T2 y STIR permitieron la visualización detallada de estructuras óseas y de tejidos blandos, mientras que la capacidad de imagen de alta resolución contribuyó a la identificación precisa de esguinces de ligamentos, tendinopatías, fracturas y otras afecciones relacionadas con el tobillo. Esta evaluación minuciosa de la anatomía y las patologías del tobillo desempeña un papel crucial en la toma de decisiones clínicas y la planificación de tratamientos adecuados para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la resonancia magnética del tobillo se ha establecido como una herramienta diagnóstica esencial en la evaluación de la anatomía y las patologías de esta articulación. Las secuencias de imagen utilizadas, como las ponderadas en T1, T2 y STIR, permiten una evaluación completa de las estructuras anatómicas y la detección precisa de lesiones. Los resultados de nuestro estudio destacan la im-

portancia de la RM en la identificación de esguinces de ligamentos, tendinopatías, fracturas y otras afecciones relacionadas con el tobillo. Esta tecnología proporciona información crucial para la toma de decisiones clínicas y la planificación de tratamientos, mejorando la atención y la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. J. A. Redondo. Resonancia magnética en el diagnóstico de patologías del tobillo. *Revista de Radiología Musculoesquelética*. 2019;42(2):87-95.
2. García M, Pérez L, Sánchez R. Anatomía y patología del tobillo: una revisión. *Revista de Ortopedia y Traumatología*. 2020;38(3):145-158.
3. John R. Haaga. Uso de la resonancia magnética en el diagnóstico de lesiones ligamentosas en el tobillo. *Journal of Orthopaedic Research*. 2018;26(4):301-312.

Capítulo 339

DETERMINACIONES ANALÍTICAS DE LÍQUIDO SINOVIAL EN EL LABORATORIO

ANA LOPEZ GARCIA

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

1 Introducción

El líquido sinovial (LS) se encuentra en las articulaciones diartrosis, tienen una cavidad interna y son móviles. Están formadas por dos huesos, los extremos rodeados de cartílagos articular y una capsula ligamentosa de conjuntivo denso que le aísla del exterior y crea un ambiente estéril. En la parte interna de la capsula hay una membrana sinovial que la separa de la cavidad, la membrana sinovial esta formada por sinoviocitos A (sintetizan ácido hialurónico) y B (SMF). El líquido sinovial se sintetiza por un ultrafiltrado que es plasma que sale de la membrana sinovial mas compuestos que sintetizan los sinoviocitos tipo A como el ácido hialurónico, por eso en condiciones normales el LS es gelatinoso. Se extrae por artrocentesis en rodillas, codos, hombros, falanges... y se extrae cuando hay derrame articular, es decir, cuando aumenta el líquido sinovial en el

interior. Se extrae en las artritis de causa autoinmune con la artritis reumatoide, en artritis cristalinas (GOTA), artritis infecciosas.

Patológicamente se distinguen tres tipos de LS:

- Mecánico o de origen inflamatorio: traumatismos, artrosis...
- Inflamatorio: artritis cristalinas y artritis reumatoides
- Séptico: artritis infecciosas (más grave)

Cada uno tienen sus características, y se diferencian por un análisis bioquímico y un recuento celular en el laboratorio.

2 Objetivos

Conocer de qué manera se procede a la extracción de la muestra y conocer cuáles son los parámetros de interés en el laboratorio de diagnóstico clínico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 cuando proceda a analizar una muestra de líquido sinovial deberá tener en cuenta dos estudios: macroscópico y microscópico. En el macroscópico se realizan observaciones relacionados con el aspecto de la muestra: color, viscosidad, presencia de sangre u otros elementos a simple vista.

El líquido sinovial normal es un líquido blanquecino viscoso, amarillento pálido y transparente. El líquido es viscoso en los LS normales y los mecánicos. En los de causa inflamatorio medio viscosos y líquido total el séptico.

En el examen microscópico se realizará un recuento celular, recuento diferencial de leucocitos y observación del líquido en un microscopio de luz polarizada.

El líquido sinovial no tiene células en condiciones normales, pero hasta 200 se consideran normales.

El recuento celular se hace en cámara de Neubauer y por encima de 200, se realiza una extensión. En el recuento diferencial hay que cuantificar de los diferentes

tipos de leucocitos presentes. La observación al microscopio sirve para reconocer la presencia de cristales y diferenciar los tipos encontrados.

También se realiza un análisis bioquímico y pruebas de enfermedades infecciosas.

El análisis bioquímico que más interesa es la determinación de glucosa y proteínas. En condiciones normales el líquido sinovial tiene glucosa (60-100 mg/dl) y proteínas (menos de 2 g/dl) en concentración menor que la sangre. Cuando la glucosa esta baja significa que existe inflamación de las articulaciones. Las proteínas aumentan en caso de infección bacteriana. Para el diagnostico de la GOTA es de gran importancia los valores de ácido úricos.

Las pruebas de enfermedades infecciosas se utilizan como técnicas complementarias a las bioquímicas para confirmar una infección. Entre ellas se encuentran la tinción de Gram, el cultivo del líquido en distintos medios y el antibiograma y en alguna ocasión también se puede solicitar un cultivo de micobacterias en casos de sospecha de tuberculosis.

5 Discusión-Conclusión

Las artropatías se pueden diagnosticar y tratar con ayuda del análisis LS. Se pueden realizar numerosos tipos diferentes de estudios. Antes de continuar con la búsqueda de cristales y, si es necesario, con el cultivo, es necesario definir las características macroscópicas y el recuento celular. El análisis LS establece los medios para realizar un diagnóstico oportuno y brindar un seguimiento adecuado de diversas enfermedades a partir de la identificación de cristales, bacterias, células, cambios químicos y cambios físicos.

Debido a que se están utilizando nuevas técnicas para la cuantificación de citocinas, moléculas de activación, inmunoglobulinas y líneas celulares, todas ellas utilizadas para comprender lo que sucede en las articulaciones afectadas de los pacientes, la investigación de los cambios en el LS de los pacientes con artropatías cristalinas se ha vuelto más crucial.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003629.htm>.

Capítulo 340

USO ADECUADO DE GUANTES

CRISTINA VEGA GARCIA

MARIA FERNANDEZ GUTIERREZ

RUBEN MIRANDA MORAN

ELIZABET PUENTE FERNANDEZ

MARÍA AMOR SUÁREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El uso correcto de guantes tiene una función preventiva frente al riesgo biológico y representa la medida más importante para evitar la contaminación con material infeccioso, reduciendo la posibilidad de transmisión de microorganismos. Es decir, protegen al trabajador, constituyendo un equipo de protección individual, y a los pacientes, evitando la transmisión de patógenos que pueda portar el trabajador en sus manos. Es una medida simple y efectiva para disminuir las infecciones intrahospitalarias, pero deben utilizarse de manera correcta, ya que de otra manera podrían ser contraproducentes a la hora de impedir la transmisión de infecciones en el ámbito sanitario, donde los pacientes están expuestos de manera elevada a los agentes causantes de las mismas. Los guantes tienen que asegurar impermeabilidad, resistencia, flexibilidad y sensibilidad máximas. De esta manera se puede realizar una utilización óptima de los mismos frente a los agentes patógenos en las tareas sanitarias. El uso inadecuado de un guante provoca una falsa sensación de seguridad, lo que conlleva riesgos para el paciente. Es por ello que en este capítulo desarrollaremos cómo debe ser el uso adecuado de guantes,

los momentos en los que se tienen que usar y desechar, todo ello siempre acompañado de una correcta higiene de manos.

2 Objetivos

Describir los momentos en los que debe utilizarse guantes. Durante la realización de técnicas radiológicas será de gran importancia saber como utilizar de manera adecuada los guantes para la protección tanto del paciente como del trabajador.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de diferentes protocolos hospitalarios españoles en vigor actualmente (OMS, SESPA, MAZ y Osakidetza) en relación al uso de guantes y su uso para proteger tanto al profesional como al paciente de la transmisión de patógenos en el ambiente hospitalario.

4 Resultados

Además de una previa higiene de manos, debemos utilizar guantes en estas situaciones:

- Procedimientos en los que pueda existir contacto con sangre, tejidos y fluidos biológicos.
- Procedimientos invasivos que impliquen penetración en tejidos, órganos y cavidades.
- Manejo de objetos, materiales o superficies contaminados con fluidos biológicos.
- Manipulación de citostáticos.
- Administración de medicación por vía intravenosa, subcutánea, intramuscular, etc.
- Aislamientos de contacto.
- Manejo de residuos biosanitarios, lencería sucia y otros materiales.
- Siempre que el profesional tenga alguna lesión cutánea en las manos.

De igual manera, es imprescindible, elegir la talla adecuada, ya que unos guantes pequeños podrían disminuir sus propiedades aislantes o por el contrario, impedir la correcta circulación.

Antes de la colocación de los guantes es importante proteger cualquier herida e igualmente, no utilizar joyería ni accesorios como pulseras, relojes o anillos que

puedan provocar alergia, o rasgar el guante, además de que son sitios propicios para la acumulación de bacterias.

Es importante tener en cuenta que los guantes deben cambiarse siempre que se atiendan a distintos pacientes, al cambiar de procedimiento, en caso de rotura o perforación, o si en el mismo paciente cambiamos de zonas contaminadas a limpias. La higiene de manos previa al uso de guantes, y también posterior al mismo es imprescindible, es decir, el uso de guantes no sustituye al lavado de manos.

El uso de guantes sanitarios está reglado por la siguiente normativa específica: La relativa a los EPI, según RD 1407/1992 por el que se regulan las condiciones para la comercialización y la libre circulación intracomunitaria de los EPI y sus posteriores modificaciones.

La normativa de AENOR UNE 455 se aplica a los guantes médicos de un solo uso y tiene tres partes:

- UNE-EN 455-1: requisitos y ensayos para determinar la ausencia de agujeros.
- UNE-EN 455-2: requisitos y ensayos para determinar las propiedades físicas.
- UNE-EN 455-3: requisitos y ensayos para la evaluación biológica.
- UNE-EN 374-2: en cuanto a la determinación de la resistencia a la penetración.

5 Discusión-Conclusión

El uso de guantes es imprescindible para la seguridad tanto del personal como de los pacientes. La utilización errónea de guantes no estériles está asociada a un incremento de infecciones cruzadas. Como profesionales debemos saber en qué momento tenemos que usar guantes, en cuáles no, y cuando es necesario cambiarlos. Es necesario mejorar la concienciación entre los trabajadores sobre la importancia del uso de guantes, ya que la adhesión es baja. El uso de guantes es una práctica necesaria y determinante para el paciente, el personal en contacto con él, la sociedad y el medioambiente. Es completamente de interés realizar protocolos que aseguren el cumplimiento del uso correcto de guantes.

6 Bibliografía

WHO. WHO guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care. World Health Organization: 2009.[acceso 22 de septiembre de 2023]

OMS/SIGN: Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexos. Ginebra:

2010. [acceso 23 de septiembre de 2023]

Picheansanthian W, Chotibang J. Glove utilization in the prevention of cross transmission: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 ;13(4):188-230.

Loveday HP, Lynam S, Singleton J, Wilson J. Clinical glove use: healthcare workers' actions and perceptions. 2016; 11: Doc 01. DOI: 10.3205/dgkh000261

De la Fuente I, Navarro C . Guía de Higiene de Manos y Uso del Guante Sanitario. Servicio de Prevención

Propio y Medio Ambiente Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital MAZ; 2016. [acceso 24 de septiembre de 2023]

Capítulo 341

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU ACTUACION EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

BLANCA VALVERDE LEIVA

MARTA MORENO URREA

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

1 Introducción

El cáncer de mama, que tiene una alta incidencia, tasa de mortalidad y una carga significativa, es uno de los problemas de salud más importantes que enfrentan las mujeres en la actualidad impacto en el individuo y la sociedad.

Después del cáncer de pulmón, es el tipo de cáncer más prevalente en las mujeres y la neoplasia más común.

Aunque hay que reconocer que la mortalidad y la incidencia son menores en España que en otras naciones europeas, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en las mujeres.

Debido a que la prevención primaria actualmente es ineficaz para reducir la incidencia, la prevención secundaria es crucial.

Detección precoz del cáncer de mama y atención adecuada.

La estrategia de detección temprana más eficaz es el cribado.

Debido a que estas pruebas sólo se realizan en pacientes de edad bastante avanzada, es fundamental que los pacientes sean conscientes de ello y se evalúen de forma regular y periódica en busca de anomalías.

Debes visitar tu centro de salud, y sin importar tu edad, tu médico puede recomendarte que acudas a un especialista para una evaluación. En caso de que existiera alguna patología, se nos presentaría un caso precoz, lo que detendría el crecimiento de cualquier tumor.

2 Objetivos

- Reconocer la importancia de la prevención del cáncer de mama, incluida la necesidad de realizar investigaciones y pruebas en las mujeres.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo actual de literatura científica. Se utilizaron las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

El cribado del cáncer de mama con mamografía, que permite una detección precoz y reduce la mortalidad, es actualmente el único método ampliamente difundido aceptado.

Sin embargo, la mamografía tiene sus limitaciones, siendo las mamas densas la más destacable (disminución de la sensibilidad en el caso de mamas grasas y densas). CM se recomienda para mujeres entre 50 y 69 años.

Tanto en el ámbito clínico como en las Unidades de Diagnóstico Temprano, la mamografía digital está sustituyendo actualmente a la mamografía analógica.

La adopción de la mamografía digital directa cuenta con el apoyo de la Sociedad Europea de Imagenología Mamaria (EUSOBI) y otras 30 organizaciones nacionales de radiología mamaria debido a sus numerosos beneficios, que incluyen

dosis de radiación más bajas, mejor calidad de imagen, posibilidad de posprocesamiento, archivo digital, transmisión de imágenes y contaminación no clínica³. También abogan por que se incluya la tomosíntesis en los nuevos equipos de mamografía.

Es muy probable que este método pronto represente un avance significativo cuando encuentre tumores ocultos en la mamografía tradicional.

La tomosíntesis puede reducir las tasas, según datos preliminares aumentar las tasas de detección de cáncer y reducir el número de devoluciones de llamadas (falsos positivos). La necesidad de pruebas adicionales disminuye a medida que aumenta el valor predictivo positivo.

Para las mujeres que se someten a estos exámenes mediante mamografía, la adición de la tomosíntesis es un paso en la dirección correcta.

La Agencia Internacional de Investigación sugiere respecto a la edad de los grupos elegidos para el cribado.

- Los pacientes entre 50 y 69 años deben realizarse exámenes de detección cada dos años.

El segundo lugar en la lista de prioridades es la ampliación a pacientes de entre 73 y 75 años.

La tercera área de prioridad de estudio es la detección anual entre las edades de 40 a 49 años.

- Aunque no hay evidencia de que la ecografía reduzca la mortalidad, puede complementar la mamografía en algunas situaciones permitiendo valorar el carácter sólido o quístico de las lesiones, atribuir con mayor precisión el grado de sospecha y elegir la mejor zona para la biopsia percutánea.

Además, especialmente en mamas densas, se pueden encontrar lesiones que la mamografía no puede encontrar. En comparación con la mamografía sola, se ha demostrado que la ecografía como método complementario detecta más cánceres en etapa temprana en mujeres con senos densos.

Como complemento a la mamografía, se ha aprobado la ecografía automatizada de toda la mama (ABUS) para su uso en la detección del CM.

En un estudio, la adición de ABUS a la mamografía en mujeres con densidad mamaria superior al 50 % condujo a la detección de 12,3 por 1.

La mamografía por sí sola detecta 4,6 de cada 1.000 cánceres de mama.

Las pacientes que reciben ABUS además de mamografía tienen consistentemente valores predictivos positivos más bajos para la biopsia (7 a 21% menos) que los pacientes que reciben mamografía únicamente frente al veinticinco por ciento 37,8 por ciento.

Por tanto, la ecografía tiene una mayor tasa de falsos positivos pero también

aumenta la tasa de detección de cáncer en mamas densas.

Las poblaciones de alto riesgo se examinan mediante resonancia magnética; para las personas de 25 a 35 años de esta población, se recomienda una resonancia magnética anual.

La gestión de la calidad y la evaluación de los resultados son componentes clave de los programas de detección poblacional. La Guía Europea de Control de Calidad para la detección y diagnóstico de CM, que se encuentra en su cuarta edición e incluye documentos sobre control técnico, epidemiológico, radiográfico y, es una de las normativas más utilizadas que regula esta radiológico, control de calidad en patología y cirugía, así como un resumen de los indicadores clave de desempeño del proceso de detección y un glosario de términos clave.

Algunas mujeres reciben una segunda cita porque se pospone la lectura de la mamografía de detección.

Uno de los principales problemas del cribado es que requiere recitación para poder realizar un examen complementario.

Para diagnosticar la mayor cantidad de tumores posible y al mismo tiempo minimizar el daño causado por los falsos positivos, es deseable lograr tasas de recuperación que sean aceptables (menos del 7% en rondas prevalentes y del 5% en rondas posteriores) y garantizar el equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

Sin embargo, se estima que entre el 10 y el 30 por ciento de los cánceres pueden no detectarse con la mamografía. La mamografía de cribado puede detectar la mayoría de los cánceres que padece la población diana. Los tumores de mama conocidos como cáncer de intervalo (CI) se descubren antes de la hora programada para el control posterior y después de un examen de detección que se considera negativo.

El sobrediagnóstico es uno de los problemas asociados con el cribado. En el CM, no todos los diagnósticos de cáncer son una forma letal y agresiva de la enfermedad.

El problema es que estos cánceres no se pueden distinguir de otros y, si no se diagnostican ni se tratan, serían fatales. Como resultado, si queremos reducir la mortalidad relacionada con el cáncer de mama, debemos aceptar una tasa de cánceres sobrediagnosticados y la consiguiente tasa de tratamientos innecesarios.

Hay que recordar que, en realidad, la probabilidad de salvar la vida de una mujer es dos veces mayor que la probabilidad de un sobrediagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Para reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama, el objetivo del cribado mamario es identificar la enfermedad de forma temprana. La detección temprana de una lesión mamaria puede aumentar o disminuir la eficacia del tratamiento agresivo, por lo que tiene el potencial de salvar muchas más vidas. Estos estudios son cruciales porque frecuentemente no existen pruebas externas disponibles para identificar ninguna patología. Estas pruebas pueden evitar muchas muertes porque es mucho más fácil salvar vidas cuando una enfermedad se detecta a tiempo. Por lo tanto, es fundamental programar controles médicos periódicos. El diagnóstico precoz a tiempo salva muchas vidas.

6 Bibliografía

1. Mellado Rodríguez. M, Osa Labrador. A.M. Cribado de cáncer de mama. Estado actual. Radiología. 2013; 55(4):305-314.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 342

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU COMETIDO EN ODONTOLOGIA

BLANCA VALVERDE LEIVA

MARTA MORENO URREA

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

1 Introducción

Además del examen clínico, los exámenes radiográficos son una herramienta que brinda información al dentista y ayuda en el diagnóstico y tratamiento preciso del paciente tanto en análisis radiográficos para trabajos odontológicos.

El paciente está expuesto a rayos X durante procedimientos tradicionales bidimensionales (2D), como la ortopantomografía o la radiografía panorámica, así como procedimientos tridimensionales (3D), como la tomografía computarizada de haz cónico (HCCT), y esta exposición puede tener efectos negativos. Esto se debe a la posibilidad de que incluso dosis bajas, como las que se utilizan en odontología, puedan tener un impacto negativo en la salud. El cáncer y los efectos hereditarios son ejemplos de estos efectos estocásticos.

Se debe sustentar la recomendación de cada examen radiográfico debido al riesgo inherente que representa la exposición a radiaciones ionizantes. En otras palabras, se debe elegir el mejor examen en función de las necesidades del paciente. El beneficio para el paciente supera el riesgo al que está expuesto. Junto con el clínico, el radiólogo maxilofacial debe justificar el examen radiográfico, y éste debe estar sustentado en datos.

El radiólogo maxilofacial tiene una formación especializada en imagenología. Conocimientos necesarios para apoyar la justificación de los exámenes radiográficos.

La ortopantomografía, también conocida como radiografía panorámica, es una técnica radiológica que captura una imagen general de los dientes, la mandíbula y los maxilares en una sola película. Por lo tanto, se utiliza principalmente en la región dentomaxilomandibular.

2 Objetivos

- Examinar cómo las radiaciones ionizantes dañan a las personas.
- Examinar el principio de justificación y ofrecer sugerencias de cómo aplicarlo en la práctica odontológica diaria, haciendo referencia a las recomendaciones clínicas más recientes.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica ya publicada.

Para encontrar artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio, se realizó una búsqueda sistemática en Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La comunicación entre el médico y el radiólogo maxilofacial es crucial para aplicar adecuadamente el principio de justificación de los exámenes radiográficos y realizar el examen radiográfico más apropiado posible en beneficio de la salud del paciente y necesitado.

Respecto a la responsabilidad del clínico en el proceso de defensa de los exámenes radiográficos, se le exige realizar un minucioso examen intraoral, así como una historia clínica y médica completa. El médico también debe tener en cuenta la

incidencia, prevalencia y factores de riesgo de la enfermedad que sospecha, así como los exámenes radiológicos previos del paciente. Sólo debería evaluar después de esto si es necesario solicitar un nuevo examen radiográfico. El médico debe solicitar el examen recomendado para las necesidades de su paciente si lo cree necesario.

El clínico debe incluir toda la información requerida en la solicitud radiográfica al solicitar el examen radiográfico.

Luego de recibir la solicitud del médico para un examen radiográfico, el radiólogo maxilofacial entra en el proceso de justificación. El radiólogo maxilofacial evalúa si el examen solicitado está debidamente justificado utilizando los datos de esta solicitud junto con su conocimiento y experiencia en la ejecución de los distintos exámenes radiográficos. De lo contrario, el.

Los radiólogos maxilofaciales pueden hablar con el médico para sugerir un examen radiográfico que sea diferente al solicitado pero que aún cumpla con los criterios de la indicación clínica. El radiólogo maxilofacial también puede sugerir exámenes sustitutos que puedan arrojar la misma información sometiendo al paciente a menos radiación.

La solicitud radiográfica, que sirve como canal de comunicación entre el médico y el radiólogo, es fundamental para el procedimiento de justificación. Conociendo la historia clínica del paciente, el objetivo del examen y el diagnóstico presunto gracias a la cumplimentación precisa de la solicitud radiográfica por parte del médico, el radiólogo puede decidir si el examen estuvo justificado. Para garantizar que el radiólogo pueda comunicarse con usted si es necesario realizar algún cambio en el examen solicitado o si tiene alguna pregunta, es fundamental incluir la información de contacto del médico en la solicitud radiográfica. (Aunque la solicitud radiográfica no tiene un formato establecido, diversos organismos internacionales han establecido el mínimo de datos que debe incluir. Un mínimo del diagnóstico presunto, el tipo de examen solicitado y los resultados que se espera obtener del examen radiográfico deben ser incluirse en esta información. Actualmente, los equipos radiográficos se utilizan frecuentemente en hospitales sin un radiólogo maxilofacial. Debido a un proceso de justificación mal ejecutado, la falta de un radiólogo maxilofacial en los centros de salud podría resultar en exposiciones injustificadas de los pacientes y un aumento en la dosis que reciben. La decisión de qué examen de imagen es apropiado para cada situación clínica debe basarse en la eficacia diagnóstica del examen debido a la existencia de varios exámenes radiológicos, cada uno con diferentes indicaciones y limitaciones. Se ha descrito un modelo que ayuda a elegir la mejor prueba de imagen en función de su capacidad de diagnóstico. Este modelo evalúa el valor de diversos exámenes

de imágenes en la selección de un diagnóstico y curso de tratamiento según las necesidades del paciente, por el médico, para que el paciente se beneficie más del examen de imagen recomendado.

5 Discusión-Conclusión

Tanto los pacientes como los profesionales médicos deben ser conscientes del riesgo asociado con la exposición a la radiación para poder apreciar plenamente la necesidad y la importancia de aplicar el principio de justificación. Para completar la justificación Para que el proceso sea exitoso, el médico y el radiólogo maxilofacial deben comunicarse y utilizar pautas clínicas. Los niveles más altos del modelo de Fryback y Thornbury requieren más estudios para respaldarlos un signo de las técnicas radiográficas modernas en odontología. Para proporcionar esta justificación, sería necesario mostrar cómo el diagnóstico y/o el plan de tratamiento del paciente se han visto afectados por la nueva tecnología radiográfica. La creación de directrices clínicas basadas en evidencia también se beneficiaría de la investigación realizada con niveles de eficacia más altos.

6 Bibliografía

1. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico MAD.
2. Pubmed

Capítulo 343

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

BLANCA VALVERDE LEIVA

MARTA MORENO URREA

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

1 Introducción

Los factores que contribuyen a la evolución del cáncer han recibido recientemente una mayor atención en la comunidad pediátrica. Según la tomografía computarizada (TC) y la radiología convencional, la incidencia de cáncer es estadísticamente mayor en la población que ha recibido radiación en el rango de 50 mSv.

Dado que la radiación ionizante no es perceptible para el sujeto que la recibe y que sus efectos pueden tardar décadas en manifestarse, el riesgo de utilizarla con fines médicos es una cuestión complicada.

Los efectos se dividen en dosis estocásticas que exceden un cierto umbral y cuya manifestación y efectos deterministas ocurren después de una cierta dosis umbral, particularmente en quemaduras de la piel y cataratas.

Por lo general, el cáncer es la causa.

El uso de tomógrafos helicoidales y posteriormente de cortes múltiples en la práctica pediátrica ha aumentado el número de estos exámenes.

Debido a esto, la TC contribuye aproximadamente con el 65 por ciento de las dosis de radiación, aunque solo representa el 10 por ciento de los estudios radiológicos.

En otras palabras, la comunidad pediátrica trabaja para garantizar que, si se requieren exámenes radiológicos, se realicen con la menor cantidad de exposición a la radiación. Los posibles efectos negativos de la radiación se reducirán con este tipo de acciones.

2 Objetivos

Examinar la importancia de la protección radiológica para prevenir la aparición de efectos deterministas y estocásticos, especialmente en pacientes pediátricos.

3 Metodología

Se utilizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada como base para la investigación utilizada para preparar este capítulo.

Se han utilizado las tres bases de datos principales, PubMed, Medline y Scielo, para seleccionar artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de los libros científicos que tengan conocimiento del área de investigación.

4 Resultados

Las dosis de una sola exploración pediátrica pueden oscilar entre 1 y 8 mSv. Estudios polifásicos recientes han observado un aumento significativo en las dosis acumuladas y la exposición innecesaria siempre es riesgosa.

La radiación ionizante en la médula ósea está relacionada con la mayoría de los tipos de cáncer, a excepción de la leucemia linfática crónica, el cáncer de mama, el cáncer de tiroides, el cáncer de huesos y el de pulmón, la unidad de valor.

El Sievert (Sv), dosis equivalente que nos indica la calidad de la radiación y las características del órgano al que afecta, es la dosis de radiodiagnóstico que se suele utilizar.

Como ilustración, usemos el hecho de que la radiación de fondo que normalmente recibimos de los rayos cósmicos y los isótopos ambientales asciende a una

dosis promedio de 3 mSv (0,003Sv). La radiación influye significativamente en la incidencia de leucemias infantiles.

Según los estudios, las madres que administraron a sus hijos por nacer una dosis alta de 50 mSv durante el segundo y tercer trimestre con fines de diagnóstico duplicaron con creces el riesgo de leucemia en niños de hasta 10 años, por lo que se debe argumentar y justificar cuidadosamente por qué debemos evitar la radiación materna.

Dos medidas son crucial para la radioprotección: a) La medición de la dosis absorbida de Gray, que está relacionada con la unidad Rad convencional mediante un sencillo factor de escala: 1 Rad= 0,01 Gray. Además, la medición de la dosis efectiva relacionada la dosis del daño biológico resultante. Su unidad actual es el Sievert, que es una subunidad de la unidad tradicional Rem (1 Rem=0 punto 01Sv).

Los miliSieverts (mSv) se utilizan con mayor frecuencia en radiología; un Sievert equivale a 1000 mSv.

Dado que los niños tienen una esperanza de vida más larga y tejidos más sensibles (células con mayor tasa de mitosis y menos diferenciación), hay más tiempo para que los efectos se manifiesten durante el transcurso de la exposición, lo que hace que estos datos sean más importantes para la población pediátrica.

Los niños siempre enfrentan un riesgo general de radiación mayor que los adultos, generalmente por un factor de dos o tres. La justificación y la optimización son las dos herramientas fundamentales de protección radiológica que tenemos a nuestra disposición. La justificación es fundamental en el ámbito de la protección radiológica: la radiación que no se utiliza es sin duda la radiación más segura. El uso de guías de indicaciones actualmente disponibles es una herramienta útil para esto. Hay optimización una guía europea que está vigente desde el año 2000 y que solo sirve como recomendaciones generales porque cada caso debe ser evaluado cuidadosamente tanto por el radiólogo como por el médico.

5 Discusión-Conclusión

El concepto ALARA (As Low As Reasonably Achievable) subyace a la optimización de los servicios de radiodiagnóstico. Esto nos permite diagnosticar al paciente con mayor precisión mientras utilizamos una dosis más baja de radiación durante el examen.

Se realiza un seguimiento diario de la dosis de radiación para buscar desviaciones de los niveles de referencia; todos los procedimientos son parte de los programas de servicios de radiodiagnóstico.

Dado que se abusa de estas herramientas de diagnóstico y la exposición es breve y en la dosis más baja posible, los métodos que utilizan radiaciones ionizantes, como cuando se realiza una prueba de rayos X, no conllevan riesgos significativos.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://dialnet.unirioja.es/>.

Capítulo 344

HEMÓLISIS EN LA FASE PREANALÍTICA DE MUESTRAS DE SANGRE. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS

CRISTINA TRUJILLO AGUILAR

CARLA BERNAL DOMENECH

ANA RODRÍGUEZ DURÁN

ALBA CALDERÓN DE JUAN

SERGIO PARDO TORRIJOS

1 Introducción

El procesado de muestras biológicas en instituciones como los laboratorios clínicos incluye inevitablemente errores asociados al procesamiento de las muestras a lo largo de las diferentes fases que constituyen un análisis.

La mayoría de estos errores están asociados a la fase preanalítica. Mejorar la recogida y transporte de muestras puede suponer una mejora significativa en los resultados de laboratorio asociados a dichas muestras, una mayor fiabilidad de dichos resultados y en última instancia, un aumento en la calidad de atención al paciente.

Una de las causas de interferencias en los resultados de las pruebas es la hemólisis. La hemólisis se define como la rotura acelerada de las membranas celulares de

los eritrocitos y el derrame de su contenido celular. El contenido citoplasmático de los eritrocitos posee, entre otros solutos, potasio, lactato deshidrogenasa y/o enolasa neuroespecífica.

Este contenido del interior de la célula provoca interferencias en los resultados de los análisis que se realizan a la muestra. La gravedad de dichas interferencias dependerá del grado de lisis celular de estas células sanguíneas.

El presente capítulo analizará las causas más frecuentes por las que se produce la hemólisis, las consecuencias asociadas a dicha hemólisis y se propondrán algunas buenas prácticas a implementar para minimizar este proceso celular.

2 Objetivos

Diferenciar los tipos de hemólisis que se producen en las muestras sanguíneas (in vivo e in vitro).

Identificación de causas y consecuencias asociadas a la hemólisis.

Proponer buenas prácticas en el manejo de las muestras para minimizar la hemólisis.

3 Metodología

Este estudio se lleva a cabo haciendo una búsqueda exhaustiva en páginas que indexan la literatura científica existente (pubmed) haciendo uso de palabras clave como “hemolysis interference” y “hemolysis in analytical test” añadiendo filtros por tipo de estudio “review” y especificando las búsquedas entre los años 2018 y la actualidad.

La búsqueda se ha realizado en español e inglés para mayor amplitud de los resultados.

4 Resultados

Hay dos grandes tipos de hemólisis que se producen por diferentes factores:

- Hemólisis in vivo: ocurre cuando los eritrocitos mueren en el aparato circulatorio. Las causas de esta muerte suelen ser debidas a diferentes patologías y puede causar anemia hemolítica cuando la médula ósea no puede compensar la pérdida.
- Hemólisis in vitro: Es el resultado de causas preanalíticas tales como procedimientos en la recolección de muestras, método de transporte, exposición a temperaturas extremas, manejo de muestras, etc.

Las interferencias que esta hemólisis puede causar en las medidas de laboratorio se describen ampliamente en y se asocian a:

Aumento de la concentración del constituyente por la liberación intracelular.

Interferencia química.

Interferencia espectrofotométrica.

Interferencia por efecto dilucional.

Estos efectos pueden darse de manera aislada o simultánea.

Tradicionalmente, el método más inmediato para la detección de una muestra hemolizada es una inspección visual después de centrifugar la muestra. Aunque la manera más profesional y que disminuye los errores es hacer pruebas espectrofotométricas a diferentes longitudes de onda que permite no solo comprobar la hemólisis sino también otras posibles interferencias como la lipemia y la ictericia. El reto al que se enfrenta el profesional del laboratorio es diferenciar la hemólisis in vivo de la hemólisis in vitro. Aunque no hay consenso, se propone comparar diferentes muestras del mismo paciente de manera que si se presenta en todas las muestras, se debe acudir al historial clínico para confirmar hemólisis in vivo. Para la hemólisis in vitro se han propuesto varias aproximaciones.

Una de ellas es la basada en el algoritmo de Lippi et al. Ellos proponen hacer un cribado de muestras en las que se sospecha hemólisis in vivo. La nueva propuesta es usar modelos matemáticos para el cribado de sangre total con hemólisis in vitro.

Otra aproximación es el uso de biomarcadores. Actualmente la disminución de la concentración de haptoglobina se considera el mejor biomarcador para comprobar la hemólisis in vitro ya que de producirse en el torrente sanguíneo, los complejos haptoglobina-hemoglobina son rápidamente eliminados por monocitos y macrófagos.

Una vez detectada la hemólisis (u otras interferencias como la lipemia), Matthew D. Krasowsky propone diferentes aproximaciones:

Cancelar las pruebas.

Proporcionar advertencias sobre las interferencias, pero dar el resultado de las pruebas.

Proporcionar los resultados solo si las interferencias están dentro de un rango determinado.

Ponerse en contacto con el servicio clínico si hay interferencias.

Todas estas aproximaciones tienen ventajas e inconvenientes. Las ventajas se basan sobre todo en proporcionar resultados más fiables y detectar anomalías del equipo clínico en la recolección de muestras.

Los inconvenientes tienen que ver con el tiempo que se tarda en recolectar la nueva muestra, ya sea porque el paciente no esté disponible o porque no se pueda contactar con el equipo clínico. En el caso de rechazar una muestra, se pueden pasar por alto anomalías significativas como una hiperpotasemia. Además, en el caso de proporcionar los datos advirtiendo de las interferencias o cuando estas están dentro de un rango determinado, puede ser difícil determinar cuanta inexactitud está provocada por la hemólisis, la lipemia, etc.

5 Discusión-Conclusión

Desde que una muestra de sangre se recoge hasta que termina su análisis está expuesta a diferentes circunstancias que pueden alterar los resultados obtenidos. Se sabe, por literatura científica, que un alto porcentaje de las interferencias en los resultados de una muestra se producen en la fase preanalítica. La hemólisis in vitro es una fuente de errores potencial en el resultado y puede acabar repercutiendo en el paciente.

Para determinar si una muestra está hemolizada, aunque falta consenso en los protocolos y prácticas, la técnica más extendida es la de la espectrofotometría que es capaz de determinar el índice de rotura de los eritrocitos.

Dado que como hemos visto, la hemólisis puede deberse a factores clínicos (hemólisis in vivo) una vez determinada la hemólisis, hay que detectar es si la muestra ha sufrido alguna degradación desde la extracción en el paciente hasta el laboratorio o es un síntoma más del cuadro clínico de dicho paciente. Para ello se sugiere en primer lugar determinar si todas las muestras extraídas la presentan y de ser así, compararlo con el historial clínico para comprobar si las causas son por algún cuadro clínico del paciente.

Si se determina hemólisis in vitro se pueden usar las aproximaciones arriba enumeradas adaptándolas al entorno laboral y las prácticas y procedimientos habituales en el laboratorio.

6 Bibliografía

1. Marques-Garcia F. Methods for hemolysis interference study in laboratory medicine – A critical review. *EJIFCC*. 2020;31(1):85.
2. Wan Azman WN, Omar J, Koon TS, Tuan Ismail TS. Hemolyzed specimens: Major challenge for identifying and rejecting specimens in clinical laboratories. *Oman Med J* [Internet]. 2019 [citado el 15 de septiembre de 2023];34(2):94–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5001/omj.2019.19>

3. Krasowski MD. Educational case: Hemolysis and lipemia interference with laboratory testing. Acad Pathol [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 19];6(2374289519888754):2374289519888754. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/2374289519888754>

Capítulo 345

ESTUDIO BIOQUÍMICO DE LA FISIOPATOLOGÍA RENAL

DAVID GARCÍA RUBIO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBÁÑEZ

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

El aparato urinario está formado por órganos cuya responsabilidad es la producción, almacenamiento y expulsión de la orina. El órgano principal es el riñón.

La formación y excreción de la orina es la función más importante de este aparato, además la que más interés como muestra tiene en el laboratorio. Es importante distinguir entre estos conceptos:

- Diuresis, es la orina emitida en un día. Valores normales en torno 1,5-2 L
- Micción, emisión de orina en cada ocasión. 150-200 ml en cada micción.

Otras funciones del riñón que cabe destacar son: mantenimiento del equilibrio ácido-base del medio interno, síntesis de vitamina D; síntesis de EPO, regulación de la presión arterial con el SRAA (sistema renina angiotensina aldosterona).

Los tres mecanismos de formación de orina en las nefronas son:

- La filtración glomerular.
- La absorción tubular.

- La secreción tubular.

Otra función importante del riñón es la regulación de la tensión arterial. El riñón tiene un componente endocrino que controla la tensión arterial (normal 120/80) y lo hace a través de un sistema fisiológico que es el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA).

Los valores que se analizan en el laboratorio relacionados con el volumen o la frecuencia al orinar son importantes para el diagnóstico de múltiples patologías, así como el estudio bioquímico que se va a tratar en este capítulo.

2 Objetivos

- Dar a conocer las patologías renales que se pueden diagnosticar a partir de muestras de orina.
- Saber realizar un estudio bioquímico de muestras de orina.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con el estudio bioquímico en el aparato urinario y su estudio en el laboratorio. Además, se han consultado diferentes páginas web, bases de datos como PubMed, Medline y Scielo y kits comerciales de distintas farmacéuticas y protocolos de laboratorios clínicos.

4 Resultados

Según el volumen obtenido de orina o la frecuencia para orinar se pueden diagnosticar distintas patologías. En el laboratorio se van a medir estos volúmenes para poder emitir los resultados al médico que ha solicitado la prueba.

Las manifestaciones de las enfermedades del aparato urinario que se van a medir en el laboratorio adoptan los siguientes nombres debido al volumen medido:

- Poliuria: aumento del volumen de diuresis, se considera cuando el volumen aumenta por encima de 2,5-3L.

Causas: diabetes mellitus e insípida, gestación, algunas insuficiencias renales, diuréticos, hipoadosteronismo...

- Oliguria y anuria: disminución del volumen de diuresis, se considera cuando el volumen es por debajo de 400 ml/ 24 horas la oliguria y por debajo de 100 ml/día de orina la anuria.

Causas: deshidratación, insuficiencia renal, hiperaldosteronismo, SIADH, obstrucciones en las vías urinarias, prostatismo...

Además de estos análisis hay patologías como la insuficiencia renal, para el cual es necesario realizar un estudio bioquímico en su detección. El estudio bioquímico en el laboratorio se puede hacer de 4 maneras:

1. Con análisis sistemático de orina.
2. Análisis bioquímicos de compuestos en sangre (plasma o suero).

Creatinina, urea, ácido úrico, amonio

3. Determinación bioquímica de compuestos en orina (Uri-sodio en mmol/L se mide en urgencias; osmolaridad en orina mmol/kg H₂O; FENa excreción fraccional de Na, es un cálculo matemático que lo da el laboratorio, se necesita medir suero en orina, suero en sangre, creatinina en suero y creatinina en orina, mejor parámetro para determinar insuficiencia renal o prerrenal)

4. Las pruebas funcionales consisten en valorar la función del riñón. La prueba funcional por excelencia es el aclaramiento renal, que es una prueba funcional que mide la capacidad que tiene el riñón de depurar la sangre. El aclaramiento renal es el volumen de plasma que es depurado de una sustancia x en unidad de tiempo. El aclaramiento de creatinina es más exacto que la creatinina sola en sangre para determinar la función renal, mide como es la filtración glomerular.

El aclaramiento renal normal tiene que ser alrededor de 120 ml/min.

El aclaramiento de creatinina alrededor de 100 ml/min.

5 Discusión-Conclusión

Las patologías del aparato urinario son frecuentemente sospechadas por los médicos especialistas, lo que provoca que las muestras de orina para medir el volumen o realizar un estudio bioquímico son muy frecuentes en el laboratorio.

Es importante que el técnico conozca los diferentes tipos de estudio bioquímico que se pueden realizar, de esta manera cuando se soliciten este tipo de pruebas sabrá qué procedimientos tiene que seguir.

Estas pruebas se realizan tanto en laboratorios de urgencia como de rutina, porque sirven para el diagnóstico de enfermedades, aunque en muchas ocasiones si sirven para pronóstico de tratamientos crónicos son más para pronóstico.

6 Bibliografía

1. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/analisis-funcion-renal>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/kidneytests.html>.

Capítulo 346

RESONANCIA MAGNÉTICA: TÉCNICAS, RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS

MARIA FERNANDEZ GUTIERREZ

MARÍA AMOR SUÁREZ MENÉNDEZ

CRISTINA VEGA GARCIA

ELIZABET PUENTE FERNANDEZ

RUBEN MIRANDA MORAN

1 Introducción

Analizaremos la técnica de resonancia magnética, así como las normativas sobre el objeto de estudio sobre la evolución y la prevención de riesgos laborales que pueden darse en los sitios de trabajo donde se usan los equipos de Resonancia Magnética, así como de la exposición a los campos magnéticos en el trabajo. Para llevar a cabo este estudio revisaremos la diferente normativa tanto a nivel Estatal o como a nivel europeo. Como la DIRECTIVA MARCO 2013/35/UE que trata sobre, las disposiciones mínimas de salud y seguridad, relativas a la exposición de los trabajadores derivados de agentes físicos (campos electromagnéticos). Los empresarios tienen la obligación y el deber de evaluar los riesgos derivados de las actividades que lleven a cabo y de adoptar medidas de protección o prevención para reducir los riesgos que se identifiquen. Según el RD 299/2016, de 22

de julio, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a campos electromagnéticos. Se revisará también la normativa referente a otros riesgos significativos en uso de los equipos de Resonancia Magnética. Expondremos una lista de riesgos a tener en cuenta en los, equipos y también lugares de trabajo que los empresarios tienen que minimizar en la medida de lo posible.

2 Objetivos

La resonancia magnética es una técnica de diagnóstico por imagen utilizada en medicina para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo humano. Se basa en principios físicos complejos que involucran fenómenos de resonancia y magnetismo.

3 Metodología

En las salas de resonancia magnética, la mayoría de los riesgos laborales están relacionados con la exposición a campos electromagnéticos, ya sea de manera directa e indirecta. Esto significa que tanto el personal médico y técnico que trabaja en estas instalaciones como los pacientes pueden enfrentar riesgos derivados de la presencia de estos campos electromagnéticos. Es importante tomar medidas de seguridad adecuadas para minimizar estos riesgos y garantizar un entorno de trabajo seguro en las salas de resonancia magnética.

4 Resultados

Los efectos causados por la exposición a campos electromagnéticos son transitorios y se limitan a la duración de la exposición. Esto significa que una vez que finaliza la exposición, no sigue existiendo un riesgo para la salud.

Los efectos directos de la exposición a campos electromagnéticos se dividen en efectos sensoriales y efectos en la salud, considerados más graves. Algunos de esos efectos directos son:

- Vértigo y náuseas causadas por campos magnéticos estáticos, que generalmente se experimentan durante el movimiento, pero también pueden ocurrir en situación estáticas.
- Efectos en los órganos sensoriales, nervios y músculos causados por campos de baja frecuencia (hasta 100 kHz).

- Calentamiento del cuerpo o de partes del cuerpo causado por campos de alta frecuencia (10 MHz o más). A medida que la frecuencia aumenta, el calentamiento se concentra cada vez más en la superficie del cuerpo.
- Efectos en los nervios y músculos, así como calentamiento, provocados por campos magnéticos de frecuencia intermedia (100 kHz-10MHz). Los efectos indirectos se refieren a situaciones en las que la presencia de objetos en un campo electromagnético puede generar riesgos para la seguridad o la salud. Estos efectos no deseados pueden tener diversas manifestaciones. A continuación, se presentan algunos ejemplos de efectos indirectos:
 - Interferencia con equipos y dispositivos electrónicos médicos, lo que puede afectar su funcionamiento adecuado.
 - Interferencia con dispositivos médicos implantando activos, como marcapasos cardíacos o desfibriladores.
 - Interferencia con dispositivos médicos llevados en el cuerpo, como bombas de insulina.
 - Interferencia con implantes pasivos, como articulación artificial, clavos, cables o placas de metal.
 - Efectos en resto de metralla, piercings, tatuajes y arte corporal debido a interacciones con el campo electromagnético.
 - Incendios y explosiones causados por el encendido de materiales inflamables o explosivos en presencia de campos electromagnéticos.

5 Discusión-Conclusión

Se puede evitar y controlar los riesgos más usuales que se dan en la aplicación de esta técnica de diagnóstico por imagen. Se recomienda que se registren los incidentes y los accidentes que ocurran en la sala de exploración con el equipo de Resonancia Magnética y se registren debidamente para que el Servicio de Prevención pueda analizar debidamente los datos de las investigaciones de estos incidentes, y que se pueden proponer soluciones preventivas para poder atajar los riesgos desde su origen. Debido a que la actividad tecnológica está evolucionando constantemente y en el mercado aparecen máquinas nuevas con mejores prestaciones, se requiere que los fabricantes ofrezcan garantías de seguridad y una información detallada de los procedimientos de uso de estos nuevos equipos. Se debe seguir investigando y controlando la exposición del personal que trabaja habitualmente con estos equipos, estableciendo valores de referencia con estudios de parámetros físicos que pueden variar, que sean seguros sin que los riesgos en la exposición no tengan efecto ni para la salud ni de seguridad tanto

a largo plazo como a corto.

6 Bibliografía

1. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos derivados de la exposición a campos electromagnéticos en los lugares de trabajo. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) Madrid, agosto 2019.
2. Imagen mediante resonancia magnética (II) Efectos para la salud y RD 299/2016 NTP N° 1103 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo del año 2018.

Capítulo 347

COMPETENCIAS DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DIDIER VIREY ALCAIDE

ESTEBAN TEJADO VELASCO

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

La radiografía de tórax es hoy en día la radiografía que más veces realizamos al día en la unidad de radiodiagnóstico. Se realiza para estudiar fundamentalmente el estado de los pulmones del paciente, el corazón y las estructuras que componen la caja torácica y gracias a ella se diagnostican infecciones y enfermedades como neumotórax, pulmonía, neumonía e insuficiencia cardíaca. También es muy solicitada para comprobar la respuesta a un tratamiento determinado.

Es una prueba que realizamos los técnicos de radiodiagnóstico tanto en la unidad de radiología, como en la unidad de cuidados intensivos (UCI), en reanimación o

en planta. Es muy común que el médico la pida antes de una operación (un preoperatorio), por sospecha de determinados cánceres como el de pulmón e incluso por sospecha de líquido en la pleura del pulmón, que es otra de las afecciones más comunes que vemos en el servicio cuando el paciente está ingresado.

Las proyecciones que solemos realizar en el servicio de radiología de forma común son la posteroanterior (PA) y la lateral (izquierda). Además, cuando un paciente acude a urgencias con síntomas como falta de aire, lesión en la zona del pecho o dolor agudo en el mismo, es la prueba por excelencia que el médico pide, ya que permite conocer la anatomía del pecho.

2 Objetivos

- Explicar cómo se lleva a cabo una radiografía de tórax y su finalidad.
- Conocer el papel del técnico de radiodiagnóstico en la radiografía de tórax.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo he recurrido a mis apuntes del grado de radiodiagnóstico y medicina nuclear y he consultado artículos científicos acerca de la técnica. He realizado una revisión bibliográfica en libros y en páginas de Google como Medline y Mayoclinic.

4 Resultados

Las proyecciones de tórax que más se realizan en la unidad de radiología del hospital son posteroanterior y lateral. Antes de nada, llamamos al paciente a la cabina que corresponda y tengamos libre en ese momento, le comunicamos que se desnude de cintura para arriba y se ponga una bata. Lo más importante de este paso es decirle y dejarle muy claro que debe quitarse los objetos metálicos que pueda llevar como cadenas o colgantes y piercings si lleva en el torso, ya que esto da lugar a artefactos en la imagen que interfieren en el diagnóstico.

- La proyección PA se hará siempre que se pueda en bipedestación, y si el paciente no puede mantenerse de pie en sedestación. Si el paciente está ingresado y viene en cama, le haremos una única proyección en anteroposterior (AP) y tumbado, lo cual anotaremos en la imagen, ya que es importante saber la posición del paciente. En el caso de paciente en bipedestación, le mandaremos “abrazarse” al bucky y le

diremos que coja mucho aire y lo aguante en el pecho los segundos que tardemos en disparar, así conseguiremos que los pulmones se expandan y el diafragma baje.

- Para la proyección lateral, pediremos al paciente que se coloque apoyando en el bucky el lado izquierdo, y que se coja a la estructura que ya tiene incorporada el mural, a continuación le pedimos que coja aire al igual que en la PA y disparamos. La distancia foco-película debe ser en ambas proyecciones de 1,80 metros y los kv empleados entre 150-170. Esto es muy importante de cara a hacer un correcto diagnóstico, al igual que la posición que tenga el paciente y la cantidad de aire que coja al inspirar, ya que mejorará la técnica y el diagnóstico será así el adecuado.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de tórax es la radiografía que más hacemos los técnicos de rayos en el hospital. Se realiza desde la unidad de radiología, hasta en urgencias, unidad de cuidados intensivos, reanimación y planta gracias a los equipos portátiles. Los técnicos de rayos tenemos un papel fundamental desde que el paciente llega a nuestra unidad hasta que vemos cómo ha salido la imagen, comprobando por ejemplo que no esté rotada o que salgan todas las estructuras anatómicas del tórax que el médico necesitará ver en la radiografía para poder hacer un correcto diagnóstico y, por tanto, un buen tratamiento para su paciente.

6 Bibliografía

1. Radiografía de tórax en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/chest-x-rays/about/pac-20393494>.
2. Radiografía torácica en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003804.htm>

Capítulo 348

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN PREVIA A UN ESTUDIO DE RADIOLOGÍA SIMPLE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ESTEBAN TEJADO VELASCO

DIDIER VIREY ALCAIDE

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

Los rayos X son una clase de energía del tipo corpuscular en la que las ondas que se generan se parecen a las de radio, luz, y ondas microondas, salvo que la radiación X tiene mucha más energía que las anteriores y puede atravesar algunos tipos de materia como es el cuerpo humano. Este tipo de energía se descubrió en el año 1895 en Alemania por un ciudadano llamado Conrad Röntgen durante un incidente cuando experimentaba con un tubo de rayos catódicos.

Podemos clasificar la radiación en ionizante y no ionizante. La primera es muy peligrosa, ya que puede dañar el ADN.

Este tipo de ondas que forman parte del espectro electromagnético son capaces de ionizar los tejidos de los seres vivos y destruir los enlaces que unen las moléculas que constituyen las células.

Cuando se proyectan rayos X contra una parte del cuerpo humano, estos van atravesando los diferentes tipos de tejidos (piel, grasa, vísceras, etc.) y en función de la absorción de los rayos x que produzcan estos se generará una imagen en la que habrá diferentes tonos dentro de una escala de blanco, gris y negro, permitiendo que el radiólogo intérprete las imágenes obtenidas de las diferentes partes y tejidos del cuerpo, ayudando a los diferentes especialistas médicos a emitir un diagnóstico. Esta prueba diagnóstica se puede aplicar a la mayor parte de especialidades médicas, en especial a cardiología, digestivo, urología y sobre todo traumatología.

2 Objetivos

Mostrar los diferentes pasos que se deben realizar para preparar un estudio de radiología simple.

Mejorar la actividad y efectividad del técnico de radiodiagnóstico 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En un principio recibimos al paciente que asiste al servicio de radiología. Se debe asegurar la correcta identificación del paciente.

En el caso de que muestre nerviosismo debido a que se pueda encontrar alguna enfermedad grave, deberemos tranquilizarlo.

Debemos informar al paciente con un lenguaje sencillo sobre la consistencia de la prueba. Le indicaremos que posición debe de adoptar.

Este tipo de estudio de radiología simple no suele necesitar una preparación para su realización, salvo que se quite parte de la ropa y objetos metálicos como hebillas de cinturón o relojes que pueden interferir en la imagen produciendo artefactos. Se proveerá de la ropa necesaria y protecciones plomadas si fuera necesaria. Le prestaremos ayuda para acomodarse, movilizarse o cambiarse de ropa si lo requiere. A veces puede ser necesario el uso de almohadillas, férulas o cojines para inmovilizar la estructura y evitar borrosidades en la imagen. En caso de que la paciente sea mujer, se preguntará si existe posibilidad de embarazo, ya que puede estar contraindicado. Se debe extremar el cuidado en niños, puesto que presentan una mayor vulnerabilidad y posibilidad de desarrollar patología cancerosa a lo largo de su vida.

Es positivo preguntar al paciente por el motivo o dolencia por la que se hace la prueba.

Muy importante es evitar dar los resultados de la radiografía al paciente, se buscará la evasión de dar esa información.

Debemos interpretar la petición para la exploración. En ella se describe la posición radiológica, que sirve para mostrar la parte del cuerpo a radiografiar de la manera más óptima. Por otra parte, está la posición del cuerpo, que puede ser en cualquiera de los decúbitos (supino, prono o lateral) o en bipedestación. La hoja de petición muestra la proyección que se debe de realizar. Unas de las más habituales son la anteroposterior (AP) en la que los rayos X penetran por la parte anterior y salen por la posterior. La posteroanterior (PA), los rayos entran primero por la parte posterior y salen por la anterior. Otras proyecciones son la lateral, oblicua, axial y tangencial.

Una vez colocado en la mesa de exploración procedemos a dirigir el equipo de radiodiagnóstico para llevar a cabo la proyección. Debemos seleccionar también una serie de dispositivos para evitar la radiación dispersa que se genera, ya que esta influye negativamente en la calidad de la imagen y en la radiación que absorbe el paciente. Para ello podemos usar:

- Colimadores: nos permite reducir el área de exposición y disminuir la radiación dispersa.
- Rejilla antidifusora: esta parrilla de láminas de plomo se coloca entre el paciente y la parte receptora de la imagen. El plomo impide que pasen los rayos que no llevan la dirección adecuada y también aumentan la dosis que recibe el paciente. Una vez colocado el paciente se le indica que no se mueva y se procede a la adquisición de la imagen.

5 Discusión-Conclusión

La labor del técnico de radiodiagnóstico es una figura clave en la obtención de imágenes del cuerpo humano. La realización adecuada de los protocolos para la realización de un estudio de radiología simple contribuirán a obtener imágenes de alta calidad y facilitar al radiólogo el diagnóstico.

Este tipo de estudios se presenta como herramienta principal en la exploración y búsqueda de patologías, al ser una prueba que no causa dolor, son muy rápidas, ya que solo se necesitan apenas unos segundos para su obtención y el paciente solo se expone a una mínima dosis de radiación. Como beneficio se pueden llegar a diagnosticar alguna patología que puede ser potencialmente mortal.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. W. Herring. Radiología básica. Aspectos fundamentales. Ed. Elsevier Mosby. 2a edición. 2016.
5. E. Latorre Travis. Radiología médica. Ed. AC, Madrid, 2007.
6. <http://www.radiologiaparaestudiantes.com/>.

Capítulo 349

EL TÉCNICO EN IMAGEN Y RADIODIAGNÓSTICO Y LA ORTOPANTOMOGRAFÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

DIDIER VIREY ALCAIDE

ESTEBAN TEJADO VELASCO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

La ortopantomografía es, grosso modo, una radiografía de la cavidad bucal. Con ella se pretende llegar a las partes de la boca que a primera vista no son visibles y mediante esta técnica se alcanza un mayor campo de visión.

Las ortopantomografías han ido evolucionando a lo largo de la historia, desarrollándose a raíz de las radiografías estándar, pues se puede decir, que incluso ha tenido una rápida evolución en lo que a tecnología se refiere.

La primera radiografía fue realizada por Röntgen, quien realizó una proyección de los huesos de la mano de su esposa, si bien no se apreciaba como en una radiografía actual, aquello marco un antes y un después en la historia de la radiografía, y permitió que Otto Walkhoff en 1896 realizara la primera radiografía

dental. Posteriormente, comenzó el desarrollo de aparatos radiológicos dentales, iniciado por Mc Cormack , el cual fue pionero en tener laboratorio en el que se trataban las radiografías dentales. Al mismo tiempo, se iba evolucionando en la protección al paciente y al higienista dental, en la realización de ortopantomografías y en la exposición a los rayos X.

Las funciones de la ortopantomografía son diversas, ya que permiten estudiar la cavidad bucal de cada paciente para garantizar el mejor diagnóstico y así realizar los tratamientos dentales más adecuados. Sobre todo se utilizan para analizar caries, estudiar enfermedades periodontales y su evolución en el tiempo, garantizar la correcta erupción dental, entre otras funciones.

2 Objetivos

Describir la técnica y usos de la ortopantomografía por el técnico en radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha 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. La palabra clave empleada para la búsqueda de información ha sido “ortopantomografía” y “radiología dental”.

Así mismo se ha consultado a profesionales acerca del uso que se da a las ortopantomografías.

4 Resultados

Etimológicamente, la palabra ortopantomografía proviene del griego. De un lado proviene de “orto” que significa “recto” y equivale también a “hacia arriba”; por otro lado tenemos “panto” que en griego significa “todo”; y por último “grafía” que es la grabación de las imágenes.

Una vez tenemos la etimología de la palabra “ortopantomografía” podemos señalar que significa una imagen de todo lo que crece en este caso en la cavidad bucal.

La ortopantomografía se define, en conclusión a todo lo señalado anteriormente, como una radiografía que permite ver la mandíbula, los maxilares y los dientes, en una sola imagen de dos dimensiones. Se trata de una técnica empleada para garantizar un correcto diagnóstico dental, pues entre las principales funciones para las que se realiza encontramos:

- Comprobar si existen caries ocultas: generalmente las caries se pueden observar echando un vistazo a la cavidad bucal, sin embargo, pueden existir caries ocultas que a simple vista el higienista dental no ve en la revisión.
- Existencia de dentición no erupcionados: el caso más conocido el de las muelas del juicio, aunque puede observarse cualquier diente no erupcionado. Se emplea sobre todo cuando comienza a erupcionar la dentadura adulta, de tal forma que se comprueba que tienen espacio suficiente, o que no haya dientes de más.
- Infecciones dentales: se permite observar si hay infecciones que afectan solo a los dientes o si alcanzan la raíz.
- Detección de enfermedades periodontales: con esta técnica se observa el alcance que puede tener una periodontitis o si se alcanza el nivel de piorrea. Gracias a esta técnica se garantiza un mejor diagnóstico de este tipo de enfermedades dentales que deben ser atajadas de forma inminente para evitar problemas mayores.
- Patologías óseas: al tratarse de una radiografía que muestra los maxilares y la mandíbula, se pueden observar si la mandíbula es simétrica, o si hay problemas con el tabique nasal.

Las ortopantomografías son beneficiosas, ya que permiten al higienista dental gracias al servicio de radiología, cerciorarse en el momento de tratar al paciente, de la existencia de alteraciones en la cavidad bucal.

Otro beneficio que tiene es, precisamente que se realizan en el momento de la consulta y se obtienen los resultados en pocos minutos siendo la radiación muy pequeña.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de las radiografías dentales en general, y de la ortopantomografía en particular, supuso un antes y un después en el tratamiento de enfermedades bucales, y de realizar diagnósticos dentales eficaces.

La evolución de la radiología dental y de la tecnología empleada para ello permite que en cada consulta dental existan ortopantomógrafos, al tratarse de aparatos que caben en una habitación y que permiten realizar la radiografía, ya sea estando el paciente en pie o sentado sobre la camilla.

Además, como ya se ha señalado la tecnología permite que se obtengan los resultados radiográficos en apenas unos minutos, con una escasa radiación, y con entrada directa a los equipos informáticos, lo cual es un gran avance al no tener que acudir al laboratorio para revelar los resultados.

Por lo tanto, se destaca la importancia de poder contar con este sistema para poder realizar el mejor diagnóstico posible al paciente.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000300009

Capítulo 350

EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA RADIOGRAFÍA DE MAMA O MAMOGRAFÍA

PAULA MORCILLO ANTÓN

SARA SOMOHANO MAGADÁN

LAURA VELEZ MANZANO

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

Podemos decir que el personal técnico superior de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear (TSID), es personal sanitario, que se ha tenido que formar en la rama específica de radiología.

Este personal, como técnicos que son, se les aplica el estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias integradas en la seguridad social. Por lo tanto, todo lo referente a los deberes, funciones e incompatibilidades se rigen según esta normativa.

El desempeño de sus funciones como personal TSID tiene lugar en las unidades asistenciales adecuadas, en centros sanitarios y en hospitales. Aquí es donde se hacen las correspondientes pruebas diagnósticas a todos los pacientes con el objetivo de poder hacer las diferentes pruebas que puedan ayudar al médico radiólogo a establecer un diagnóstico.

De esta forma, podemos decir que este personal TSID hacen su trabajo siempre bajo la supervisión y dirección de un equipo facultativo.

La radiografía de mama, también conocida como mamografía, es una técnica de imagenología utilizada para detectar y evaluar posibles anomalías en los tejidos mamarios. Es una herramienta esencial en la detección temprana del cáncer de mama y otras afecciones mamarias. Durante una mamografía, la mama se comprime entre dos placas para obtener imágenes detalladas.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en describir las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la mamografía.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del técnico de rayos en la realización de una radiografía de mama, o mamografía, es de suma importancia para asegurar una obtención de imágenes de calidad y la comodidad y seguridad del paciente. Sus funciones abarcan desde la preparación del equipo hasta la colaboración con el paciente y la garantía de cumplimiento de estándares de seguridad radiológica. Aquí se detallan las responsabilidades clave que desempeña el técnico de rayos en este proceso:

Preparación y educación del paciente: el técnico debe explicar al paciente el procedimiento de la mamografía, responder a preguntas y tranquilizar cualquier

inquietud. Proporcionar información sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama es esencial.

Posicionamiento adecuado: posicionar la mama adecuadamente en la máquina mamográfica es crucial para obtener imágenes precisas. El técnico debe guiar al paciente para que la mama se coloque en la posición correcta y asegurarse de que esté correctamente alineada con el equipo de rayos X.

Compresión mamaria: la compresión suave, pero firme de la mama es necesaria para obtener imágenes detalladas y reducir la dosis de radiación. El técnico debe realizar esta compresión de manera delicada y respetuosa, garantizando la comodidad del paciente.

Ajuste de parámetros de exposición: configurar los ajustes de exposición según las características del paciente y la región mamaria es vital. El técnico debe seleccionar los parámetros adecuados para lograr imágenes de alta calidad con la menor dosis de radiación posible.

Protección radiológica: tanto el paciente como el técnico deben utilizar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Colaboración con el paciente: durante la mamografía, el técnico colabora con el paciente para asegurarse de que esté relajado y siga las instrucciones de posición y compresión.

Control de calidad: el técnico debe verificar la calidad de las imágenes mamográficas obtenidas antes de finalizar el procedimiento, asegurándose de que sean claras y detalladas.

Documentación y registros: registrar los detalles del procedimiento radiográfico es esencial para el seguimiento y la documentación del historial del paciente.

El técnico de rayos desempeña un papel crítico en la obtención de mamografías de alta calidad, lo que contribuye directamente a la detección temprana y el diagnóstico del cáncer de mama. Su habilidad para operar el equipo con precisión, interactuar con el paciente y garantizar la seguridad radiológica es esencial para la salud y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación esencial para obtener una radiografía de mama de calidad es que el paciente siga las instrucciones de posición y compresión de manera precisa y sin movimiento durante la exposición. El técnico debe asegurarse de que la mama esté colocada correctamente y comprimida de manera suave pero firme.

Configurar los parámetros de exposición adecuados es crucial para obtener imágenes claras y detalladas con una dosis de radiación mínima. Tanto el paciente

como el personal deben usar delantales y protectores de plomo para protegerse de la radiación. La colaboración entre el técnico y el paciente es esencial para lograr resultados óptimos y asegurar la seguridad durante todo el procedimiento.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <http://revistamedica.com>.
5. <http://books.google.es>.

Capítulo 351

EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA PORTÁTIL

SARA SOMOHANO MAGADÁN

PAULA MORCILLO ANTÓN

LAURA VELEZ MANZANO

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

Podemos decir que el personal de técnico superior de imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, es un personal sanitario, que se han tenido que formar en la rama específica de radiología.

Este personal, como técnicos que son, se les aplica el estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias integradas en la seguridad social. Por lo tanto, todo lo referente a los deberes, funciones e incompatibilidades se rigen según esta normativa.

El desempeño de sus funciones como personal técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) tiene lugar en las unidades asistenciales adecuadas en centros sanitarios y en hospitales. Aquí es donde se hacen las correspondientes pruebas

diagnosticas a todos los pacientes con el objetivo de poder hacer las diferentes pruebas que puedan ayudar al medico radiólogo a establecer un diagnóstico.

De esta forma, podemos decir que este personal TSID hacen su trabajo siempre bajo la supervisión y dirección de un equipo facultativo.

La radiología portátil es necesaria cuando se precisa obtener una imagen a un paciente, el cual, por su estado de salud, no puede ser trasladado hasta el servicio de rayos para no alterar de forma importante su tratamiento o los cuidados. Estas exploraciones, por tanto, deberán ser realizadas donde se encuentre el paciente, debiendo desplazarse el técnico de radiodiagnóstico a los diferentes servicios que lo soliciten, como puede ser urgencias, unidad de cuidados intensivos (UCI), planta, quirófano, reanimación (REA)...

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en explicar la función del técnico de radiodiagnóstico en la radiología portátil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 uso de la radiografía portátil mediante aparatos portátiles de rayos X (Rx) se realiza en determinadas situaciones y fundamentalmente en áreas como UCI, quirófanos, urgencias, planta o zonas de aislamiento.

Un aparato de Rx portátil es utilizado para la obtención de diagnósticos rápidos para determinar decisiones terapéuticas inmediatas e importantes en pacientes que por su estado de salud no es posible su traslado hasta el servicio de radiología. Para ello se debe desplazar el equipo hasta el servicio donde se encuentre el paciente, para lograr estos desplazamientos de forma sencilla el equipo está compuesto por:

- Generador

- Tubo de Rx
- Brazo articulado y columna plegable que une el tubo de Rx con el resto del equipo y permite su recogida durante los desplazamientos.
- Colimador
- Consola de mando, donde se podrán ajustar los parámetros de exposición.
- Disparador, con un cable extensible para poder aumentar la distancia del técnico al equipo.
- Receptor. Son chasis digitales o convencionales.
- Sistema eléctrico de transporte y ruedas de apoyo.

Se pueden solicitar diferentes radiografías portátiles, un ejemplo es la radiografía portátil de tórax indicada para la evaluación de elementos invasivos, derrame pleural, neumotórax o si existe sospecha de neumonía y para controles como cuando existe un edema pulmonar. Esta se realiza normalmente en proyección anteroposterior colocando el chasis directamente debajo de la espalda del paciente o en ocasiones existen camas dotadas de una bandeja para colocar el chasis.

Como en toda exploración radiológica se deben mantener las medidas de protección radiológica según los criterios ALARA, al realizarse fuera del servicio de radiodiagnóstico las medidas son diferentes:

- En cuanto a protección radiológica del técnico de radiodiagnóstico, se deben tomar las siguientes medidas:
- Protección personal, se deben usar prendas de protección como delantal y collarín tiroideo.
- Distancia, cuanto mayor distancia exista entre la fuente de radiación y el técnico de radiodiagnóstico menor será la exposición.
- Tiempo, reduciendo el tiempo de la exploración, disminuye la dosis.

Al no existir barreras de protección por estar fuera del servicio de Rx se debe evitar la presencia de cualquier otra persona que no sea el técnico y el paciente cerca de donde se realiza la proyección.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico de radiodiagnóstico en la radiología portátil son fundamentales para la determinación terapéutica de aquellos pacientes que no podrán ser desplazados al servicio de radiodiagnóstico.

El técnico de radiodiagnóstico es quien se desplaza junto al equipo portátil de Rx al servicio donde se solicite realizar una radiografía portátil, para llevar a cabo la exploración:

- El técnico especialista de radiodiagnóstico siempre debe proveerse del equipo de protección radiológica personal, delantal y protector tiroideo.
- Antes de realizar el disparo debe de comprobar y asegurarse que no haya nadie cerca de la zona de exposición, si es necesario explicar la importancia de no permanecer cerca de esta zona.

6 Bibliografía

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

Capítulo 352

EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA OCLUSAL

LAURA VELEZ MANZANO

PAULA MORCILLO ANTÓN

SARA SOMOHANO MAGADÁN

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

La radiografía oclusal es una técnica de imagenología utilizada en odontología para obtener imágenes detalladas de una amplia área de la mandíbula o maxilar, que no es posible capturar en una radiografía intraoral convencional. Esta técnica proporciona información valiosa sobre la anatomía de las arcadas dentales, los maxilares y las estructuras circundantes.

Durante la toma de una radiografía oclusal, el paciente coloca la película radiográfica entre los dientes superiores e inferiores, mientras el técnico ajusta el ángulo del tubo de rayos X para capturar una imagen amplia y panorámica. Esto permite evaluar la posición, tamaño y forma de los dientes, así como detectar la presencia de quistes, tumores o fracturas en áreas más grandes.

La radiografía oclusal es especialmente útil en situaciones en las que se necesita visualizar una región más extensa, como en la evaluación de dientes impactados, lesiones en la mandíbula, o cuando se planifican tratamientos de implantes dentales o cirugías. Además, esta técnica puede ayudar a identificar problemas en las estructuras óseas, como el crecimiento anormal de huesos o la presencia de cálculos salivales.

Para obtener imágenes de alta calidad, el técnico debe asegurarse de que el paciente mantenga una mordida firme y estable en la película radiográfica y que el tubo de rayos X esté adecuadamente alineado. La protección radiológica, en forma de delantales de plomo, es esencial tanto para el paciente como para el personal involucrado.

La radiografía oclusal es una técnica valiosa que permite a los profesionales dentales obtener una vista panorámica de la boca y las estructuras circundantes. Esto ayuda en la planificación de tratamientos precisos y en la identificación temprana de problemas dentales y óseos.

2 Objetivos

Dar a conocer y explicar las funciones del técnico de rayos durante la realización de una radiografía oclusal en los hospitales.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico 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 e indoloro para los pacientes, aspectos que agradecen.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 353

OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN RADIOTERAPIA: AVANCES EN DOSIMETRÍA Y PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

1 Introducción

La radioterapia es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada en la lucha contra el cáncer. Consiste en la aplicación de radiación ionizante de alta energía para destruir células cancerosas o detener su crecimiento. Sin embargo, uno de los desafíos clave en radioterapia es encontrar el equilibrio adecuado entre la administración de una dosis lo suficientemente alta como para eliminar las células cancerosas y la protección de los tejidos sanos circundantes para minimizar los efectos secundarios adversos. La optimización de dosis en radioterapia se ha convertido en un campo de estudio fundamental, y los avances en dosimetría y planificación de tratamientos son cruciales para mejorar la eficacia y la seguridad de este tratamiento.

La dosimetría en radioterapia se refiere a la medición y cálculo precisos de la dosis de radiación que se entrega a un paciente durante un tratamiento. La tecnología moderna ha permitido una dosimetría más sofisticada, con el desarrollo de aceleradores lineales de alta energía, sistemas de planificación de tratamientos por computadora y técnicas de imagen avanzadas, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), que permiten una planificación más precisa y personalizada.

Uno de los avances más significativos en dosimetría y planificación de tratamientos es la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), que permite la modulación de la intensidad de la radiación en tiempo real para conformar la dosis alrededor de las áreas tumorales, minimizando así la exposición de los tejidos circundantes. Esto ha demostrado ser especialmente beneficioso en el tratamiento de tumores complicados o cercanos a órganos críticos, donde la precisión es esencial para evitar daños colaterales.

Además, la radioterapia guiada por imagen (IGRT) ha revolucionado la capacidad de seguir y ajustar el tratamiento en tiempo real. La IGRT utiliza imágenes de alta resolución, como imágenes de TC o RM, durante la administración de radioterapia para asegurarse de que el tumor se encuentre en la posición adecuada en cada sesión de tratamiento, lo que es crucial para la administración de dosis precisas.

Otro aspecto importante en la optimización de dosis en radioterapia es la consideración de la radiobiología. Los tratamientos de radioterapia no solo dependen de la cantidad de radiación administrada, sino también de cómo las células cancerosas y los tejidos normales responden a ella. Los avances en la radiobiología han llevado al desarrollo de esquemas de fraccionamiento, que implican la administración de la dosis total en fracciones más pequeñas a lo largo del tiempo, para aumentar la eficacia del tratamiento y reducir los efectos secundarios.

En resumen, la optimización de dosis en radioterapia es un campo en constante evolución que ha experimentado avances significativos en dosimetría y planificación de tratamientos. Estos avances han llevado a una mayor precisión en la administración de radioterapia, lo que se traduce en una mejor eficacia en la lucha contra el cáncer y una reducción de los efectos secundarios para los pacientes. A medida que la tecnología y la investigación continúan avanzando, se espera que la radioterapia siga siendo una herramienta vital en el tratamiento del cáncer, brindando esperanza a pacientes de todo el mundo.

2 Objetivos

Conocer los avances en dosimetría y planificación de tratamientos en el campo de la radioterapia.

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.

4 Resultados

La optimización de dosis en radioterapia es un campo en constante evolución, y ha habido numerosos avances en dosimetría y planificación de tratamientos en los últimos años. Aquí te proporciono algunos de los resultados y avances más destacados en este campo hasta mi última actualización en septiembre de 2021:

1. Radioterapia de intensidad modulada (IMRT): La IMRT permite la modulación de la intensidad de la radiación a lo largo de la trayectoria del haz de radiación, lo que permite una distribución de dosis más precisa y conformada alrededor del tumor, minimizando la irradiación de tejidos sanos circundantes.
2. Radioterapia con haces de protones: Esta técnica utiliza protones en lugar de fotones para administrar la radioterapia. Los protones tienen una distribución de dosis más precisa y depositan la mayor parte de su energía en el tumor, reduciendo la irradiación de tejidos sanos. Esto es especialmente beneficioso en tumores cerca de órganos críticos.
3. Planificación adaptativa: La planificación de tratamientos adaptativos permite ajustar los planes de tratamiento según los cambios anatómicos del paciente durante el curso de la radioterapia. Esto mejora la precisión de la administración de la dosis.
4. Algoritmos de optimización avanzada: Los algoritmos de optimización de planificación de tratamientos han mejorado significativamente. Utilizan modelos matemáticos para encontrar la distribución de dosis óptima que maximiza la dosis en el tumor mientras minimiza la dosis en los tejidos sanos circundantes.
5. Imagenología avanzada: La integración de imágenes avanzadas, como la resonancia magnética (RM) y la tomografía por emisión de positrones (PET), en la

planificación de tratamientos permite una mejor identificación de los tumores y la delimitación de los tejidos circundantes.

6. Radioterapia guiada por imágenes (IGRT): La IGRT utiliza imágenes en tiempo real para guiar la administración de la radioterapia, asegurando que el tumor esté en la posición correcta durante cada sesión de tratamiento.

7. Radioterapia de rescate y radiobiología: Se están desarrollando enfoques que permiten una reevaluación y reirradiación segura de pacientes que han experimentado recurrencia tumoral después de la radioterapia inicial.

8. Radioterapia hipofraccionada y fraccionada en dosis altas (SBRT): Estos enfoques implican administrar dosis más altas en menos fracciones, lo que puede ser beneficioso para ciertos tipos de tumores, como los de pulmón y próstata.

9. Técnicas de inmovilización y posicionamiento del paciente: Los dispositivos de inmovilización y sistemas de posicionamiento más precisos permiten una administración más consistente y precisa de la radioterapia.

Estos avances han mejorado significativamente la eficacia y la seguridad de la radioterapia, permitiendo una mayor precisión en la administración de dosis y una reducción de los efectos secundarios en los tejidos sanos circundantes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la investigación en este campo continúa avanzando, por lo que es importante consultar fuentes actualizadas para obtener la información más reciente sobre optimización de dosis en radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la optimización de dosis en radioterapia ha experimentado notables avances en dosimetría y planificación de tratamientos en las últimas décadas. Estos avances han revolucionado la forma en que se abordan los tratamientos de radioterapia, brindando beneficios significativos tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. Aquí destacamos algunos puntos clave de esta evolución:

En primer lugar, la introducción de la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) ha permitido una dosificación más precisa y conformada alrededor del tumor, reduciendo significativamente la irradiación de los tejidos sanos circundantes. Esto ha llevado a una disminución en los efectos secundarios y una mejor calidad de vida para los pacientes.

La radioterapia con haces de protones ha ganado prominencia debido a su capacidad para ofrecer una distribución de dosis aún más precisa y reducir al mínimo la exposición de tejidos sanos a la radiación. Esto es particularmente beneficioso en casos donde los tumores están cerca de órganos críticos o en niños, donde se

busca minimizar el riesgo a largo plazo de efectos secundarios.

La planificación adaptativa ha agregado una capa adicional de precisión al permitir ajustar los planes de tratamiento en función de los cambios anatómicos del paciente durante el tratamiento. Esto asegura que la dosis se entregue de manera óptima incluso cuando los órganos circundantes cambian de posición.

La aplicación de algoritmos de optimización avanzada y técnicas de imagenología, como la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones, ha llevado a una planificación de tratamientos más precisa y personalizada. Estos enfoques están permitiendo una mejor identificación de los tumores y una delimitación más precisa de los tejidos circundantes.

La radioterapia guiada por imágenes (IGRT) ha mejorado la precisión al permitir que los profesionales de la salud verifiquen la posición del tumor en tiempo real durante cada sesión de tratamiento, asegurando que la radiación se dirija con precisión al sitio objetivo.

El concepto de radioterapia de rescate y la evolución en radiobiología están abriendo nuevas posibilidades para el tratamiento de pacientes con recurrencia tumoral después de la radioterapia inicial, brindándoles opciones adicionales de tratamiento.

También es importante destacar las técnicas de radioterapia hipofraccionada y fraccionada en dosis altas (SBRT), que han demostrado ser efectivas en ciertos tipos de tumores y han acortado la duración de los tratamientos.

Además de los avances técnicos, la mejora en los dispositivos de inmovilización y sistemas de posicionamiento del paciente ha contribuido a garantizar una administración más consistente y precisa de la radioterapia.

En resumen, los avances en dosimetría y planificación de tratamientos en radioterapia están transformando la forma en que se abordan los tratamientos contra el cáncer, mejorando la eficacia y la seguridad de los procedimientos, y brindando a los pacientes una mayor esperanza de curación y una mejor calidad de vida. La investigación y la innovación en este campo continúan avanzando, lo que promete aún más mejoras en el futuro y la posibilidad de ofrecer tratamientos más efectivos y personalizados para los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Radioterapia Intensidad Modulada y Tomografía Computarizada de Haz Cónico" de Juan Antonio Vera González.

Capítulo 354

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE TÉCNICAS DE DOSIMETRÍA EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

1 Introducción

La radioterapia oncológica es una modalidad crucial en el tratamiento del cáncer, que utiliza radiación ionizante para eliminar células cancerosas y reducir la carga tumoral en pacientes afectados por esta enfermedad. La efectividad de la radioterapia depende en gran medida de la capacidad de administrar dosis precisas de radiación al tumor, al tiempo que se minimiza la exposición de tejidos sanos circundantes. En este contexto, la dosimetría desempeña un papel fundamental al garantizar que se entregue la dosis correcta de radiación en el lugar adecuado.

La dosimetría en radioterapia oncológica se refiere al proceso de medir y calcular la cantidad de radiación que se administra al tumor y a los tejidos circundantes. Esto se logra utilizando técnicas y dispositivos especializados diseñados

para garantizar que la radiación se distribuya de manera precisa y homogénea dentro del área de tratamiento. La evaluación de la eficiencia de estas técnicas de dosimetría es esencial para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento óptimo, minimizando los efectos secundarios no deseados y maximizando las posibilidades de curación.

En esta investigación, nos adentraremos en el fascinante mundo de la dosimetría en radioterapia oncológica y exploraremos en detalle las diversas técnicas utilizadas para medir y calcular la dosis de radiación. Examinaremos cómo estas técnicas se han desarrollado y evolucionado a lo largo del tiempo, aprovechando avances tecnológicos y científicos para mejorar la precisión y la eficiencia en el tratamiento del cáncer.

Además, abordaremos los desafíos que enfrenta la dosimetría en radioterapia como la variabilidad anatómica entre pacientes, la necesidad de adaptar los planes de tratamiento a lo largo del tiempo y la importancia de la verificación constante para garantizar la seguridad de los pacientes. También destacaremos la relevancia de la radioterapia conformada en 3D, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), la radioterapia de protones y otras técnicas avanzadas que han revolucionado el campo de la dosimetría y la radioterapia oncológica.

En última instancia, esta evaluación de la eficiencia de las técnicas de dosimetría en radioterapia oncológica tiene como objetivo contribuir al avance continuo de esta disciplina esencial en la lucha contra el cáncer. Al comprender mejor las fortalezas y limitaciones de las técnicas de dosimetría disponibles, podemos tomar decisiones más informadas para personalizar el tratamiento de cada paciente y mejorar la calidad de vida de aquellos que enfrentan esta enfermedad devastadora. A lo largo de esta exploración, descubriremos cómo la dosimetría en radioterapia oncológica se ha convertido en un pilar fundamental en la atención del cáncer, brindando esperanza y una mejor calidad de vida a millones de personas en todo el mundo.

2 Objetivos

Evaluar la precisión de las técnicas de dosimetría determinando su capacidad para medir y calcular con precisión la dosis de radiación administrada al tumor y a los tejidos circundantes. Esto implica analizar la exactitud de las mediciones y los cálculos en comparación con las dosis planificadas.

Comparar diferentes técnicas de dosimetría para determinar cuál ofrece la mejor eficiencia en términos de precisión y reducción de efectos secundarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 radioterapia oncológica es una modalidad de tratamiento médico que utiliza radiación ionizante para destruir células cancerosas o reducir su crecimiento. La dosimetría es una parte esencial de este proceso, ya que implica la medición y cálculo precisos de la dosis de radiación administrada al paciente y su distribución en el tejido objetivo, al tiempo que se minimiza la exposición a los tejidos circundantes sanos.

La evaluación de la eficiencia de las técnicas de dosimetría en radioterapia oncológica implica varios pasos, que pueden variar según el tipo de técnica y el equipo utilizado:

- Calibración y calidad de la radiación. Es fundamental asegurarse de que el equipo de radioterapia esté calibrado correctamente y que la calidad de la radiación sea la adecuada para el tipo de tratamiento. Esto implica la medición de la energía y la dosis de la radiación.
- Planificación del tratamiento. Los profesionales de la radioterapia utilizan software especializado para planificar la administración de la radiación. Esto incluye la determinación de la cantidad de radiación necesaria, la forma en que se entregará (por ejemplo, radioterapia de intensidad modulada, radioterapia con haces de protones, etc.) y la distribución espacial de la dosis en el tejido objetivo.
- Verificación de dosis. Se realizan medidas para verificar que la dosis planificada se esté administrando correctamente al paciente. Esto puede incluir la verificación in vivo mediante dispositivos de dosimetría o la medición de la dosis en un fantoma (modelo de tejido humano) que simule las condiciones del paciente.

- Control de calidad. Se implementan procedimientos de control de calidad para garantizar que todo el equipo, desde las máquinas de radioterapia hasta los sistemas informáticos, funcione correctamente y cumpla con los estándares de seguridad.
- Evaluación de la eficacia clínica. Además de la dosimetría técnica, es esencial evaluar la eficacia clínica de las técnicas de radioterapia en el tratamiento de tumores y la minimización de efectos secundarios. Esto implica un seguimiento cercano de los resultados en pacientes y la revisión de estudios clínicos.

La eficiencia de las técnicas de dosimetría en radioterapia oncológica se evalúa continuamente para mejorar la precisión del tratamiento y reducir los riesgos para los pacientes. Esto se hace a través de investigaciones, comparaciones de resultados clínicos y la adopción de tecnologías avanzadas.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de la eficiencia de las técnicas de dosimetría en radioterapia oncológica es un proceso crítico en el campo de la medicina que busca garantizar que los pacientes reciban tratamientos de radioterapia seguros y efectivos. A lo largo de las décadas, se ha avanzado significativamente en el desarrollo de técnicas y tecnologías de dosimetría para mejorar la precisión de la administración de la radiación y minimizar los efectos secundarios en los tejidos sanos circundantes. A continuación, se presenta una conclusión más detallada sobre este tema:

1. Garantizar la seguridad del paciente. La dosis de radiación administrada en la radioterapia oncológica debe ser precisa y estar dirigida específicamente al tejido canceroso. La evaluación de la eficiencia de las técnicas de dosimetría es fundamental para garantizar que los pacientes no reciban dosis insuficientes ni excesivas de radiación. Esto ayuda a maximizar la destrucción de las células cancerosas mientras se minimizan los riesgos para los tejidos sanos circundantes.
2. Mejora continua de las técnicas de tratamiento. La investigación y el desarrollo continuo en el campo de la radioterapia han llevado a la creación de técnicas más avanzadas, como la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), la radioterapia con haces de protones y la radioterapia guiada por imagen (IGRT). Estas técnicas requieren una dosimetría precisa para su implementación exitosa y efectiva.
3. Personalización de tratamientos. La dosimetría desempeña un papel crucial en la personalización de los tratamientos de radioterapia. Cada paciente es único,

y la planificación del tratamiento debe adaptarse a la ubicación, el tamaño y la naturaleza del tumor, así como a las características individuales del paciente. La dosimetría permite ajustar la dosis de radiación de manera precisa para satisfacer las necesidades de cada caso.

4. Control de calidad y garantía de calidad. La evaluación de la eficiencia de las técnicas de dosimetría también incluye un riguroso control de calidad para garantizar que todos los componentes del proceso de radioterapia funcionen correctamente. Esto abarca desde la calibración de las máquinas de radioterapia hasta la revisión de los cálculos dosimétricos y la verificación de dosis administradas.

5. Seguimiento clínico y resultados a largo plazo. La eficiencia de las técnicas de dosimetría no solo se mide en términos de precisión técnica, sino también en términos de resultados clínicos. El seguimiento a largo plazo de los pacientes es esencial para evaluar la eficacia del tratamiento y para identificar posibles efectos secundarios tardíos.

En resumen, la evaluación de la eficiencia de las técnicas de dosimetría en radioterapia oncológica es un proceso continuo y multidisciplinario que involucra la física médica, la radiología, la oncología y otros campos relacionados. Su objetivo principal es garantizar que los pacientes reciban tratamientos seguros y efectivos que maximicen la destrucción del tejido canceroso y minimicen los efectos adversos en los tejidos sanos circundantes. La investigación constante y la mejora de las técnicas de dosimetría son fundamentales para avanzar en el campo de la radioterapia y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

6 Bibliografía

1. "Dosimetría Clínica en Radioterapia" - Autor: Pedro Montilla, Pedro Antonio Sánchez y Luis Eugenio Pomares.
2. "Física en Radioterapia Oncológica" - Autor: José R. Gómez-Angulo.
3. "Manual de Radioterapia" - Autores: Beatriz Morillo-Macías y Raúl Hernández-Morcillo.
4. "Radioterapia Oncológica: Fundamentos para la práctica clínica" - Autores: Pedro Lavín-Álvarez y otros.

Capítulo 355

RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES: IMPACTO EN LA DOSIMETRÍA Y PRECISIÓN DEL TRATAMIENTO

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

1 Introducción

La radioterapia es una modalidad fundamental en el tratamiento del cáncer, que se ha consolidado como una herramienta esencial en la lucha contra esta enfermedad. Su objetivo principal es administrar dosis de radiación altamente focalizadas y precisas en las áreas afectadas por tumores malignos, con el propósito de eliminar las células cancerosas o, al menos, reducir su tamaño y capacidad de propagación. Sin embargo, la radioterapia no es un proceso estático, sino que está en constante evolución, y una de las innovaciones más significativas en este campo es la Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT, por sus siglas en inglés).

La Radioterapia Guiada por Imágenes es una técnica avanzada que ha revolucionado la manera en que se administra la radiación a los pacientes con cáncer. Su impacto en la dosimetría y precisión del tratamiento es innegable y ha llevado a una mejora significativa en la efectividad y seguridad de la radioterapia. Para comprender adecuadamente la magnitud de este avance, es crucial analizar en detalle tanto la radioterapia convencional como la IGRT y cómo esta última ha cambiado el panorama.

En la radioterapia convencional, se utilizan imágenes de diagnóstico, como tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM), para planificar el tratamiento y determinar la posición y forma del tumor. Sin embargo, una vez que comienza el tratamiento, pueden ocurrir cambios en la posición del tumor debido a factores como la respiración, el movimiento de los órganos internos o incluso la pérdida de peso del paciente. Estos cambios pueden comprometer la precisión del tratamiento y aumentar el riesgo de dañar tejido sano circundante.

La IGRT aborda esta limitación de la radioterapia convencional al permitir la visualización en tiempo real del tumor durante el tratamiento. Esto se logra mediante el uso de imágenes de alta resolución, como radiografías en 2D o imágenes de TC en 3D, que se adquieren antes o durante cada sesión de tratamiento. Estas imágenes se comparan con las imágenes de referencia utilizadas en la planificación inicial del tratamiento, lo que permite a los radioterapeutas realizar ajustes precisos en tiempo real para garantizar que la radiación se entregue con la máxima precisión al tumor, minimizando al mismo tiempo la exposición de los tejidos sanos circundantes.

La dosimetría, que se refiere a la distribución de la dosis de radiación en el cuerpo del paciente, es un aspecto crítico de la radioterapia. La IGRT mejora significativamente la dosimetría al garantizar que la dosis planificada se administre con una precisión excepcional. Esto se traduce en una mayor probabilidad de destruir las células cancerosas objetivo, al tiempo que se minimiza el daño a los tejidos sanos. Además, la IGRT permite la administración de dosis más altas en áreas de tumor específicas, lo que puede ser especialmente beneficioso en casos en los que la dosis precisa es crucial para el control local del cáncer.

El impacto de la Radioterapia Guiada por Imágenes en la dosimetría y precisión del tratamiento se extiende a una amplia gama de cánceres y escenarios clínicos. Desde tumores pulmonares que se mueven con la respiración hasta tumores en áreas críticas como el cerebro o la médula espinal, la IGRT ha demostrado ser una herramienta esencial para garantizar la máxima eficacia y seguridad en la

radioterapia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer como la Radioterapia Guiada por Imágenes ha mejorado tanto la dosimetría como la precisión en el tratamiento del cáncer, así como los beneficios para los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La radioterapia guiada por imágenes (IGRT, por sus siglas en inglés) es una técnica avanzada en el campo de la radioterapia que utiliza imágenes médicas en tiempo real para guiar y ajustar el tratamiento de radiación de manera precisa. Esta técnica tiene un impacto significativo en la dosimetría y precisión del tratamiento, lo que lleva a una mejor efectividad y menos efectos secundarios en los pacientes. A continuación, se presentan algunos resultados y puntos clave relacionados con la IGRT:

1. Mayor precisión en la administración de radiación. La IGRT permite una localización precisa del tumor y los tejidos circundantes antes y durante cada sesión de tratamiento. Esto garantiza que la radiación se administre con mayor precisión al tumor, reduciendo al mínimo la exposición de los tejidos sanos circundantes.
2. Reducción de márgenes de seguridad. Dado que la IGRT permite una monitorización en tiempo real de la ubicación del tumor, se pueden reducir los márgenes de seguridad alrededor del tumor. Esto significa que se puede administrar una dosis más alta de radiación al tumor mientras se minimiza el daño a los tejidos sanos.

3. Mejora en la dosimetría. La IGRT mejora la dosimetría al permitir ajustes precisos de la planificación del tratamiento en función de los cambios en la posición y forma del tumor. Esto asegura una distribución de dosis más uniforme en el tumor y reduce la probabilidad de errores en la administración de la radiación.
4. Reducción de toxicidad. Al dirigir la radiación con precisión al tumor, se reduce la exposición innecesaria de tejidos sanos, lo que disminuye la probabilidad de efectos secundarios y complicaciones a largo plazo.
5. Mejora en la supervivencia y control del tumor. La IGRT ha demostrado aumentar las tasas de control local del tumor y la supervivencia en varios tipos de cáncer, ya que permite administrar dosis efectivas más altas mientras se minimizan los riesgos para los tejidos normales.
6. Adaptación en tiempo real. La IGRT también permite adaptar el plan de tratamiento en tiempo real en respuesta a cambios en la anatomía del paciente o en la posición del tumor. Esto es especialmente beneficioso en casos de tumores que pueden moverse, como los pulmonares o los de próstata.
7. Mejora en la Calidad de Vida del Paciente. La reducción de efectos secundarios y complicaciones debidos a la IGRT conduce a una mejor calidad de vida para los pacientes sometidos a radioterapia.

En resumen, la Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT) ha tenido un impacto significativo en la dosimetría y precisión del tratamiento en radioterapia. Ha mejorado la capacidad de los profesionales de la salud para administrar dosis de radiación más altas y precisas al tumor, al tiempo que minimiza la exposición de los tejidos sanos circundantes, lo que resulta en una mayor efectividad del tratamiento y una mejor calidad de vida para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radioterapia guiada por imágenes (IGRT) ha revolucionado el campo de la radioterapia al proporcionar una precisión excepcional en la administración de la radiación a los tumores. Esta tecnología avanzada no solo ha mejorado la dosimetría y la precisión del tratamiento, sino que también ha llevado a una mayor efectividad en el control del tumor y una reducción significativa de los efectos secundarios en los pacientes. La capacidad de adaptar el tratamiento en tiempo real y reducir los márgenes de seguridad alrededor del tumor ha contribuido a un mejor resultado terapéutico y una mejor calidad de vida para aque-

llos que reciben radioterapia. En resumen, la IGRT ha transformado la radioterapia al ofrecer un tratamiento más preciso y personalizado, lo que beneficia en última instancia a los pacientes con cáncer.

6 Bibliografía

1. "Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) e IGRT: Fundamentos y aplicaciones clínicas". Autor: J.L. López Guerra.
2. "Técnicas avanzadas de radioterapia en oncología". Autor: J. A. Palacios-Eito.
3. "Radioterapia guiada por imágenes (IGRT): Principios y aplicaciones clínicas". Autor: M. M. Vlachaki.
4. "Técnicas de imagen en radioterapia". Autores: A. Ortiz, F. L. Fajardo.

Capítulo 356

EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CORTES EN PARAFINA

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

1 Introducción

Hablaremos sobre como uno de los principales objetivos del servicio de laboratorio de anatomía patológica es el propio estudio integral de los fragmentos o trozos de órganos y de los tejidos obtenidos a partir de los estudios quirúrgicos o también endoscópicos, con el propósito de poder establecer un buen diagnóstico que permita proceder a los clínicos el aplicar un correcto tratamiento para cada usuario o paciente.

Dentro de sus deberes como buen profesional, el Técnico de Anatomía Patológica se encuentra el ejercer su labor aplicando unos buenos principios éticos en todos los procesos de su trabajo (tinción, la confección de los bloques, corte, etc.).

Tanto el corte de los bloques de parafina como también la confección de los bloques de parafina son unos pasos esenciales, los cuales precisan de un cuidado especial, pues si se realiza un bloque mal confeccionado se hace muy difícil la microtomía que es a su vez una de las labores que realiza el Técnico de Anatomía Patológica con mayor trascendencia.

Se va a proceder a hablar del procedimiento que tiene que realizar el Técnico en Anatomía Patológica en el corte y en la confección de las muestras que están incluidas en una parafina de calidad.

2 Objetivos

- Comprender el concepto sobre la microtomía.
- Aprender los aspectos a tener en cuenta a la hora de confeccionar el bloque de parafina.
- Conocer qué son los microtomos.
- Aprender qué tipos de microtomos existen actualmente y para qué tipos de muestras se utilizan.
- Comprender el procedimiento que realiza el Técnico de Anatomía Patológica para el corte de los bloques de parafina.

3 Metodología

Para la correcta realización de este capítulo de libro se ha realizado una metódica investigación consistente en una determinada revisión bibliográfica sistemática sobre el procedimiento para la realización de cortes en parafina (lo que se conoce como microtomía de parafina) que realiza el Técnico en Anatomía Patológica. Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha buscado minuciosamente en las bases de datos actuales científicas (Pubmed, Scopus, Dialnet, Cinhal) y artículos científicos de revistas científicas (Scielo, Elsevier, Revista de anatomía patológica, CiberRevista, Gerokomos, Tesela, RqR, Ocronos).

4 Resultados

El método de la microtomía es un procedimiento en el cual son seccionadas las observadas muestras y los cortes que se obtienen son adheridos a una buena superficie para su observación, tras su tinción, en un adecuado microscopio.

En cuanto a los microtomos que se utilizan en la microtomía, son los instrumentos que tienen una cuchilla de acero superafilada y permiten obtener cortes de un grosor muy determinado, transparentes y superdelgados.

Existen varios tipos de microtomos que se utilizan según el tipo de inclusión que se realice: microtomo de rotación o tipo Minot, microtomo de deslizamiento, microtomo de oscilación, ultramicrotomo, microtomo de congelación y criostatos.

En cuanto al microtomo de parafina se refiere, este consta de un buen soporte móvil y también orientable para el determinado bloque de parafina, un sistema mecánico con rotación para que avance automáticamente el bloque y un buen soporte fijo. Existen dos tipos de los microtomos de parafina: el microtomo de deslizamiento (se usa mucho menos) y microtomo de rotación (se usa muchísimo más). Para realizar unos buenos cortes es primordial una buena cuchilla de acero inoxidable, bien pulida, pequeña y delgada, sin ninguna estría ni muesca y que sea desechable.

A la hora de confeccionar el propio bloque de parafina se tiene que tener en cuenta una serie determinados aspectos: comprobar las biopsias que necesitan una orientación determinada, llenar correctamente el molde de parafina, elegir de forma correcta el tamaño y también la forma del tejido y que el uso de pesas ayuda a que los fragmentos del tejido extraído queden sobre el mismo plano.

En cuanto al procedimiento que realiza el Técnico en Anatomía patológica a la hora de realizar el corte es el siguiente: Primero se desbastan los bloques a unas 20 micras (en el caso de muestras grandes). Después se endurecen los bloques en una adecuada placa fría. A continuación, se cortan los bloques entre unas 2 a unas 4 micras. Luego, se pone el corte en un baño histológico a unos 45 grados centígrados. A continuación, se identifica el bloque de parafina con el lector de los códigos en el ordenador. Después, se imprime la etiqueta que identifica a la muestra y se pega en el portaobjetos. Luego se verifica que la pegatina que identifica el bloque de parafina es el correcto. A continuación, se captura bien el corte del baño histológico con el portaobjetos bien identificado. Después, se limpia bien el baño de restos del bloque de parafina. Por último, se pone el portaobjetos en el rack específico.

El Técnico de Anatomía Patológica a la hora de realizar los cortes de los bloques de parafina puede cometer una serie de errores, como por ejemplo: la cuchilla puede dañar el bloque si se incrusta y entregar biopsias sin profundizar correctamente en la lesión. Para solucionar estos errores, el Técnico de Anatomía Patológica deberá cambiar de cuchilla si ve que el filo está dañado o corta mal y hacer así un nuevo corte o intentar recuperar varios cortes del portaobjetos y comunicar la incidencia determinada al responsable de la biopsia.

5 Discusión-Conclusión

Para poder concluir este capítulo decir que la microtomía necesita un cuidado especial, ya que el tejido que es importantísimo para el diagnóstico se puede perder con muchísima facilidad o la superficie del bloque de parafina se puede

dañarse también fácilmente. A la hora de realizar el corte, el microtomo se debe tener unas buenas condiciones (ángulo adecuado, limpio, piezas bien ajustadas, etc.). Un error en el corte del bloque de parafina puede suponer unas gravísimas consecuencias para el paciente.

La experiencia a la hora de confeccionar el corte en el bloque de parafina será esencial a la hora de poder seleccionar las micras que son para el corte y desbastado.

El Técnico de Anatomía Patológica debe siempre recordar la importancia de su trabajo, ya que trabaja con las muestras de los pacientes y que de su buen trabajo depende tanto del diagnóstico como del tratamiento del paciente. Además, el personal técnico debe recordar que su trabajo es junto al equipo para poder solucionar los errores que se produzcan.

6 Bibliografía

1. Martínez López, A., & Álvarez González, M. B. (2021). RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CORTES EN PARAFINA. *Ocronos*, 4(9), 145. <https://revistamedica.com/realizacion-cortes-parafina/>
2. Álvarez González, M. B., & Martínez López, A. (2020). PROCEDIMIENTO DE CORTES EN PARAFINA PARA ACREDITACIÓN UNE-EN ISO 15189. *Ocronos*, 3(3), 231. <https://revistamedica.com/procedimiento-cortes-parafinaacreditacion-iso-15189/>
3. MONTALVO ARENAS, C. E. (2010). TÉCNICA HISTOLÓGICA. UNAM, 1(1), 1-12. https://bct.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2018/08/3_tecnica_histologica.pdf
4. Animal, H. (2022, 26 enero). Cortes histológicos - Paso a paso para tu primer corte con microtomo. [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=VJT3ov80EpU>
5. Fuerst, P. (2012, 31 mayo). Microtome Sectioning Tutorial [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=ml4fBEmH8Sg>
6. Medical Lab. Science Education. (2021, 7 marzo). Obtaining sections using Leica RM2235 Microtome [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=qXNEwmW7NR0>
7. ArtCiências - Ilustrações. (2017, 26 mayo). O BÁSICO SOBRE MICROTOMIA - Prof. Claudio Bernardazzi [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=CVAUcN8NDto>

Capítulo 357

LA BIOPSIA LÍQUIDA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

1 Introducción

Una serie de procedimientos mínimos invasivos permiten la obtención de la biopsia líquida a través de elementos esenciales como la sangre u otros fluidos corporales, con la finalidad de obtener elementos del tumor, como material genético y células tumorales circulantes, así como proteínas.

A la histopatología tradicional de los tumores en el tratamiento del cáncer, la biopsia líquida, se ha convertido en un complemento del estudio anatomopatológico, siendo especialmente útil como alternativa, cuando se trata de un procedimiento quirúrgico, o cuando sea un procedimiento invasivo, potencialmente peligroso o de imposible acceso al tumor.

Los biomarcadores se pueden investigar utilizando muestras de este tipo, además de ser particularmente efectivo para el seguimiento del paciente, identificando las respuestas al tratamiento y la resistencia a los medicamentos.

La biopsia líquida, también se la llama biopsia en fase fluida o biopsia de fluido.

NOTA: En el año 2016, la FDA aprobó el primer test diagnóstico que utilizaba como muestra inicial la biopsia líquida, en donde a partir de muestras de plasma se pudo detectar mediante PCR mutaciones en el gen EGFR en pacientes con NSCLC, (No Small Cell Lung Cancer =Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas) pudiendo ser tratados con el medicamento Erlotinib.

2 Objetivos

- Aprender cómo se detectan los tumores en etapa temprana.
- Conocer qué tipos de fluidos se pueden usar como muestras.
- Comprender cuáles son las funciones que tiene el Técnico de Anatomía Patológica en el servicio de laboratorio de Anatomía Patológica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una gran cuidadosa investigación que consiste en una revisión bibliográfica sistemática de biopsias líquidas y el trabajo realizado por tecnólogos de autopsias para llevar a cabo correctamente este capítulo del libro. Para realizar esta revisión bibliográfica, utilizamos las últimas bases de datos científicas (Scopus, Cinhal, Pubmed, Dialnet) y revistas científicas (SciELO, Gerokomos, Pathological Anatomy Magazine, Tesela, CiberRevista, Elsevier, Ochronos, RqR) para la búsqueda minuciosa de artículos científicos.

4 Resultados

La incidencia de cáncer ha aumentado recientemente, especialmente en personas mayores de 65 años. En muchos casos, el pronóstico de ciertos tumores es malo y se diagnostican en estadios extremadamente avanzados.

El cáncer en etapa temprana se puede encontrar mediante una biopsia líquida, además de ayudar en la planificación del tratamiento, la evaluación de la eficacia y la confirmación de la recurrencia.

Mediante un examen de laboratorio de una muestra de sangre, orina u otro fluido corporal para buscar células cancerosas dentro de un tumor o pequeños fragmentos de ADN, ARN u otras moléculas liberadas en los fluidos corporales por las células tumorales, los equipos médicos pueden determinar los tipos de cambios genéticos o moleculares que ocurren en un tumor recolectando múltiples muestras a lo largo del tiempo.

Además, usando muestras de diferentes fluidos corporales, podemos aislar los componentes celulares del tumor primario y las metástasis, incluidas las células tumorales circulantes (CTC), mediante un procedimiento no extremadamente invasivo conocido como biopsia líquida.

NOTA: Se pueden usar como muestras una variedad de fluidos biológicos, incluidos plasma, orina, saliva, secreciones nasales, leche materna, líquido amniótico,

líquido uterino, líquido cefalorraquídeo, líquido ascítico, lavado bronco-alveolar, heces, lágrimas y semen.

También debemos hacer mención al uso de biomarcadores en las biopsias líquidas, ya que representa un avance significativo en el diagnóstico precoz de procesos tumorales, pero sobre todo lo que resalta de esta técnica no invasiva es que permite conocer en tiempo real la evolución del paciente y su enfermedad, personalizando el tratamiento.

En relación con lo anteriormente dicho, es fundamental el trabajo que realiza el técnico de anatomía patológica y citología, puesto que tiene a su cargo la realización de estudios generales y específicos como apoyo al diagnóstico clínico.

5 Discusión-Conclusión

Aunque las biopsias de tejido continúan siendo el estándar de oro para el diagnóstico de tumores en entornos clínicos, la biopsia líquida tiene el potencial de superar algunos de sus inconvenientes, ya que es el método menos invasivo y más sensible de análisis del cáncer.

Un buen ejemplo de ello es el estudio realizado en el Hospital Clínic, en el cual se examinaron los perfiles genéticos de más de 300 pacientes con tumores sólidos mediante biopsias de sangre líquida, pues bien, se encontraron alteraciones genómicas en el 90% de los casos por lo que con este tipo de prueba, puede conocerse los resultados en una semana y decidir el mejor curso de acción de inmediato.

También podemos afirmar que uno de los beneficios de una biopsia líquida es la capacidad de obtener resultados rápidamente, en tan solo 9 días, en contraste con el proceso más lento de una biopsia tumoral. Para muchos pacientes, es demasiado largo y, dependiendo de cómo se desarrolle su enfermedad, es posible que deban cambiar de terapia.

6 Bibliografía

1. Romero, A., Provencio, M., & Sánchez-Herrero, E. (2020). Utilidad clínica de la biopsia líquida para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con CPNM y EML4-ALK. *Avances en Medicina de Laboratorio*, 1(1), 1-9. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/almed-2020-0007/html>.
2. Gil-Olivares, F., Payet Meza, E. T., Aliaga Llerena, K. M., Sarria Bardales, G., Egoavil Guerra, M. J., Motta-Guerrero, R., & Failoc-Rojas, V. E. (2021). Detección de mutaciones del gen EGFR en ADN circulante por medio de biopsia líquida en

pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas: Revisión rápida. Scielo, 38(2), 145-150. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000200145.

3. Molina Franco, N., Morales Suárez, P. D., & Rodríguez García, J. A. (2022). Exosomas derivados de biopsia líquida y su potencial aplicación en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer. Udistrital, 25(1), Inicial. <https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/29424>.

4. Molina Franco, N., Morales Suárez, P. D., & Rodríguez García, J. A. (2022b). Aislamiento de exosomas a partir de biopsia líquida y su potencial aplicación en la clínica. Revista Colombiana de Cancerología, 26(2), Inicial. <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/733>

Capítulo 358

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN ALTERACIONES ERITROCITARIAS

ANTONIO RIOS MOLINA

1 Introducción

La tinción es la práctica que se realiza con el objetivo de colorear las diversas estructuras celulares que hay en la sangre, se consigue aumentar el contraste y se facilita la identificación de las distintas células que hay en la muestra. Uno de los objetivos de esta tinción es la observación de las alteraciones eritrocitarias, que es de lo que se va a centrar este capítulo.

El eritrocito maduro es la célula mayoritaria del torrente sanguíneo. No tiene núcleo, tiene forma de disco bicóncavo, un diámetro de entre 7-9 μm , un grosor de 2 μm en la periferia y de 1 μm en la parte central. Su volumen aproximado es de entre 80 y 100 fl. Su misión principal es la de transporte de oxígeno a las demás células del cuerpo, intercambiándolo por dióxido de carbono que llevará al pulmón para su eliminación.

El orden de maduración del eritrocito es: Proeritroblasto, Eritroblasto basófilo, Eritroblasto policromático, Eritroblasto policromático, Reticulocito y, finalmente, Eritrocito.

Las tinciones Romanosky, es una tinción prototípica, tinción predecesora de las tinciones actuales que se utilizan en el laboratorio: Giemsa, Wright... que ayudarán a la observación de las anormalidades de los eritrocitos.

Estas tinciones emplean dos tipos de colorante, el azul de metileno, que es un colorante básico con afinidad por los componentes celulares ácidos, dándoles una tonalidad azulada. La eosina es un colorante ácido, con afinidad por los componentes celulares básicos que adquieren una tonalidad rosada.

Los eritrocitos poseen hemoglobina que es una proteína básica, por tanto, los eritrocitos bajo el microscopio se observarán de un color rosa-salmón.

2 Objetivos

- Explicar las alteraciones de color, tamaño y forma que pueden presentar los eritrocitos.
- Relacionar cada tipo de alteración eritrocitaria con su patología.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, basado en una investigación documental y una revisión bibliográfica, se han utilizado fuentes de información como artículos, revistas y varios libros, consultando en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave elegidas para la búsqueda de los artículos han sido: Eritrocito, anemias, alteraciones eritrocitarias.

4 Resultados

Alteraciones en el color:

- Normocrómico: Color normal
- Hipocrómico: Cantidad de hemoglobina está disminuida, la parte central del eritrocito es más pálida. Típico de anemias ferropénicas.
- Hiperocrómico: Gran cantidad de hemoglobina, se pierde el halo central. Típico de anemias megaloblásticas y esferocitosis.
- Anisocromía: Existen eritrocitos tanto hipocrómicos como hiperocrómicos. Se puede ver en anemias sideroblásticas.
- Policromasia: Presencia elevada en sangre de eritrocitos jóvenes, abandonan prematuramente la médula ósea y se tiñen de azul pálido debido al contenido que tienen de ARN. Son los denominados reticulocitos.

Alteraciones en el tamaño:

- Microcíticos: Eritrocitos pequeños, con un volumen corpuscular medio inferior a 80 fl. Típico de talasemias y anemias ferropénicas.
- Macrocíticos: Eritrocitos de elevado tamaño, con un volumen corpuscular medio superior a 100 fl. Típico de anemia megaloblástica.

- Anisocitosis: Alteración del tamaño de eritrocitos, se encuentran de varios tamaños, microcíticos, normocíticos y macrocíticos. Existe una elevada distribución eritrocitaria (ADE).

Alteraciones en la forma:

- Poiquilocitosis: Hace referencia a la presencia de diferentes formas de los hematíes en la misma muestra.
- Eliptocitos u ovalocito: Forma ovalada alargada. Se puede observar en anemia ferropénica, eliptocitosis hereditaria, anemia megaloblástica.
- Esferocitos: Con forma de esfera, el eritrocito ha perdido su forma bicóncava. Se observa en anemia hemolítica.
- Dianocitos: El área central es más oscuro que el reborde, dando un aspecto de diana. Aparece en Talasemias, enfermedades de hemoglobina C.
- Esquistocitos: Son hematíes fragmentados. Típico de anemias hemolíticas.
- Acantocitos: Eritrocitos con espículas asimétricas o de forma irregular. Se observa en Abetalipoproteinemia.
- Equinocitos (Burr-cells): El eritrocito presenta un gran número de espículas cortas que lo rodean simétricamente. Aparece en anemia por déficit de piruvato quinasa (PK).
- Estomatocitos: El eritrocito presenta una depresión central alargada, semejante a una boca. Se observa en Estomatocitosis hereditaria.
- Dacriocitos: Tienen forma de pera o lágrima. Se observa en síndromes mielo-proliferativos.
- Drepanocitos o hematíes faciformes: Hematíes alargados, estrechos, con extremos puntiagudos, con forma de hoz o medialuna. Contienen hemoglobina S. Típico de anemias falciformes.
- Excentrocitos: La hemoglobina se halla acumulada en uno de los extremos del hematíe, la zona central se observa clara. Aparece ante un déficit de glucosa -6 - fosfato- deshidrogenasa (favismo).
- Queratocito: Eritrocito con forma de casco, presenta dos proyecciones citoplasmáticas. Aparece en anemia hemolítica.

Alteraciones de la estructura, inclusiones eritrocitarias:

- Punteado basófilo: El eritrocito presenta por su citoplasma gránulos azulados, son ribosomas parcialmente degradados. Esta inclusión es típica de intoxicación por plomo, betatalasemia, anemia ferropénica.
- Cuerpos de Pappenheimer: Inclusiones pequeñas, basófilas, únicas o en grupos que se encuentran en la periferia del hematíe. Se trata de partículas de hierro o hemosiderina. Pueden observarse mediante tinción de Perls. Es típico de anemia sideroblástica.

- Cuerpos de Howell-Jolly: inclusiones únicas, aunque rara vez dobles, pequeños y de color violeta, son restos de cromatina nuclear, que provienen de la incompleta expulsión del núcleo en la maduración del eritrocito. Aparecen en anemia megaloblástica.
- Anillos de Cabot: Anillos de color rojizo o púrpura que corresponden a restos de la membrana nuclear y microtúbulos del eritroblasto. Se observan en anemias megaloblásticas.
- Cuerpos de Heinz: inclusiones redondeadas, próximas a la membrana, que se forman por la acumulación de hemoglobina precipitada. Se pueden observar con la tinción de azul cresil brillante. Aparecen en enzimopatías como el déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, patologías de la hemoglobina, anemias hemolíticas por acción de fármacos.
- Fenómeno Rouleaux o formación de pilas de monedas: Se trata de una superposición de los eritrocitos uno detrás de otro, como si formaran una cadena. Suele deberse a un aumento de proteínas, sobre todo de inmunoglobulinas. Se observaba en la gammapatía monoclonal.

5 Discusión-Conclusión

La práctica que realiza el técnico de laboratorio respecto al estudio de las extensiones de sangre y la evaluación de los índices eritrocitarios es una práctica que, en la actualidad, ayuda al diagnóstico de cualquier tipo de anemia.

El estudio de frotis sanguíneo es una herramienta importante que se complementa con el hemograma. Un estudio del Volumen corpuscular medio, junto con la extensión, permite efectuar una clasificación básica de las anemias en función del tamaño de los hematíes, de esta manera, se podrá llevar a cabo un estudio analítico óptimo, discriminando los tipos de anemias que no concuerden con el tamaño del eritrocito. También es posible hacer otra gran clasificación de las anemias: en arregenerativas y regenerativas. Si en la extensión observamos gran número de eritrocitos color azulado, puede existir una policromasia, es decir, hay muchos reticulocitos en sangre y, por tanto, la anemia es regenerativa. Por el contrario, una disminución de reticulocitos en sangre podría tratarse de una anemia arregenerativa.

6 Bibliografía

1. Ventimiglia FD, Rivas-Ibarúen Ma, Vildoza A, Orsilles MÁ. Valor diagnóstico de la morfología eritrocitaria en las anemias. Disponible en: <http://www.scielo>.

org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572017000300013.

2. Megías Vericat J, San Miguel Díez T, Serna García E. Frotis Sanguíneo y Tinción de Giemsa. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/56145>.

Capítulo 359

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD

ANTONIO RIOS MOLINA

1 Introducción

La histocompatibilidad, en pequeña medida, se le conoce como el Complejo Mayor de Histocompatibilidad (MHC). Numerosos genes que regulan las respuestas inmunológicas se encuentran en esta región del cromosoma y juegan un papel en el rechazo de los tejidos trasplantados.

Las clases I, II y III son tres grupos considerables de moléculas que se dividen en esta región según su distribución, estructura y función en los tejidos.

El primer antígeno de la región del Sistema Mayor de Histocompatibilidad (HLA), que llamó MAC y ahora se conoce como HLA, fue descubierto por el profesor francés de medicina experimental Jean Dausset en 1958, marcando el inicio del estudio de este sistema. A2. Sin embargo, el sistema HLA fue reconocido por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1967.

Las células tienen moléculas en su superficie que son particulares de cada individuo. Con la ayuda de estas moléculas o marcadores, el sistema inmunitario es capaz de distinguir entre sustancias "propias" y "ajenas". Las moléculas de histocompatibilidad, que identifican a las células como propias, se expresan en la superficie celular y se codifican genéticamente en una región del brazo corto del cromosoma 6, conocida como HLA. Los marcadores HLA ayudan a identificar qué antígenos puede reconocer cada persona, y este sistema es crucial para la

respuesta inmune. También permite que las células inmunitarias como los linfocitos B, los linfocitos T y los macrófagos se reconozcan y se comuniquen entre sí.

Además de ser utilizado para diagnosticar enfermedades autoinmunes como la enfermedad celíaca, la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante, el estudio de los genes HLA es fundamental para la realización de las pruebas de paternidad como de trasplantes.

2 Objetivos

Desarrollar y familiarizarse con los principales atributos, roles y técnicas que se utilizan en el laboratorio de Inmunología, particularmente en la sección de Histocompatibilidad, en relación con el tema previamente expuesto para su estudio, así como la medición.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre las que se encuentran las siguientes: ScienceDirect, Scielo, Medline, o Cuiden Plus, para asegurar la correcta ejecución del trabajo expuesto. Para mí, estos han sido extremadamente útiles en el trabajo.

4 Resultados

Hay tres clases de moléculas HLA, como ya se mencionó:

1-Todas las células nucleadas y las plaquetas expresan moléculas de clase I, que están formadas por los antígenos HLA-A, HLA-B y HLA-C.

2-Las moléculas de clase II solo se encuentran en las superficies de las células T activadas, los linfocitos B, los macrófagos y algunas células epiteliales.

3-Las moléculas de clase III son proteínas codificadas por MHC, que participa en el sistema del complemento al activar la proteína C3. Ciertos antígenos HLA están presentes en una amplia gama de enfermedades humanas. Cuando una persona tiene una de estas enfermedades, su sistema inmunológico no reconoce los antígenos de su cuerpo como propios, lo que desencadena una reacción inmunológica que resulta en la muerte celular.

El antígeno HLA-B27, presente en el 90% de las personas con espondilitis anquilosante, el antígeno HLA-DR4, presente en la artritis reumatoide, y el antígeno

HLA-BB, presente en la enfermedad celíaca, serán los tres principales antígenos en los que nos concentraremos en el desarrollo del trabajo. Cada uno de ellos se discutirá con más detalle a continuación:

1. Antígeno leucocitario de superficie HLA-B27 (clase I): Este gen es el responsable de una enfermedad reumática crónica que provoca dolor y fibrosis progresiva de las articulaciones. Está codificado en el locus B. Un resultado favorable ayuda al médico solicitante a identificar la espondiloartritis, un tipo de artritis. Otras enfermedades como las relacionadas con la artritis se incluyen en esta categoría de patología, con colitis ulcerosa, también conocida como enfermedad de Crohn, artritis psoriásica (artritis relacionada con la psoriasis), sacroilitis (inflamación de la articulación sacroilíaca) o uveítis.

Sin embargo, la presencia de la región HLA-B27 también se encuentra en algunos individuos sanos y no indica necesariamente que tenga una enfermedad. Por el contrario, un resultado positivo junto con los síntomas y signos más reconocibles de la enfermedad ayudan a confirmar de manera concluyente el diagnóstico.

Con frecuencia, la causa es desconocida. Sin embargo, en algunos casos de artritis reactiva, los antecedentes de infección por microbios como Chlamydia, Campylobacter, Salmonella, Ureaplasma o Yersinia están relacionados con el desarrollo de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Tras las revisiones, se puede concluir que la evaluación y estudio de las distintas regiones HLA que se realiza en el Laboratorio de Análisis Clínicos de la especialidad de Inmunología es de gran beneficio y ayuda para confirmar o descartar también enfermedades autoinmunes como con los trasplantes. De acuerdo a lo que pude deducir, el informe del laboratorio brindará esta vez información muy valiosa a través de una técnica laboriosa, pero debemos recalcar que es muy poca. Aunque los hombres son más propensos a desarrollar las enfermedades relacionadas con este antígeno leucocitario, las mujeres también pueden contraerlas, aunque los signos y síntomas son más leves en las mujeres.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.scielo.org

Capítulo 360

AISLAMIENTO Y RECuento DE MICROORGANISMOS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA.

ANA LOPEZ GARCIA

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

1 Introducción

El termino aislamiento es utilizado para referirse a la obtención de colonias de un microorganismo que se encuentren perfectamente separadas de otras colonia, de forma que todas las bacterias presentes en dicha colonia provengan de una misma bacteria inicial.

Una colonia bacteriana es un conjunto de células bacterianas que se pueden observar macroscópicamente y que proceden de una misma célula.

Uno de los métodos de aislamiento mas utilizados en el laboratorio es la siembra mediante estría. En cambio, este método se realiza normalmente después de la siembra de una muestra líquida.

Al recibir una muestra en el laboratorio, no se conoce la cantidad de microorganismos que hay en esa muestra, por lo que se deben realizar diferentes diluciones

a partir de la muestra inicial y realizar varias siembras con el fin de asegurar la obtención de colonias aisladas.

También, es de gran importancia clínica la determinación del número de microorganismos presentes en un volumen de muestra determinado. A partir del volumen de la muestra que se ha sembrado y conociendo la dilución utilizada, se podrá determinar la cantidad de bacterias presentes en un determinado volumen de muestra.

Para realizar el recuento manual existen equipos que van a permitir hacer más fácil el trabajo, y se mencionaran en este capítulo.

2 Objetivos

Conocer los medios que existen para realizar el análisis y el recuento de microorganismos. Saber en que consisten los equipos que se utilizan.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con el recuento y el aislamiento de microorganismos y su estudio en el laboratorio. Además, se han consultado diferentes páginas web y protocolos de laboratorios clínicos.

4 Resultados

El aislamiento se realiza mediante siembra en estría que consiste en coger un inóculo de la muestra inicial y con ayuda del asa de siembra realizar tres trazados en zigzag en varios lugares del medio de cultivo. De esta manera, el microorganismo crecerá con mayor concentración en el primer tramo de siembra, siendo menor en la última zona donde se ha realizado la siembra. Por ello, se obtendrán colonias aisladas que es lo que interesa para su estudio.

En el recuento manual hay equipos que facilitan el trabajo al técnico. Estos equipos poseen una zona iluminada para colocar la placa Petri, una cuadrícula que sirva de guía, una lupa, un stick o bolígrafo con el cual se va tocando la placa en los lugares donde se aparezca una colonia y un contador que va sumando el número de veces que se toca la placa.

Además, existen bolígrafos o software que analizan la imagen de la placa y realizan el recuento de manera automática.

Otros métodos de recuento de microorganismos se basan en la medida de la masa celular, como la medida del peso seco, la relación con la luz, la observación directa mediante microscopia utilizando cámaras de Neubauer o los contadores electrónicos.

Los métodos más utilizados son los siguientes:

- Espectrofotometría: es un método estimativo para conocer la concentración de microorganismos presentes en una muestra. Se basa en la absorbancia producida por una muestra cuando se le aplica luz a 600 nm, ya que las partículas pequeñas dispersan la luz de manera proporcional a su concentración.
- Contadores electrónico automatizados como el citómetro de flujo o los contadores basados en diferencia de conductividad provocadas por la presencia de microorganismos en el medio.
- Uso de cámara de recuento: se basa en la utilización de un portaobjetos especial conocido como cámara de Neubauer o similares, que posee una cavidad de un volumen determinado. La cavidad o cámara está subdividida en cuadrados que permiten facilitar el recuento. En cada cuadrado se conoce el volumen existente. Permite el recuento de células viables y no viables mediante microscopia.

5 Discusión-Conclusión

Hay métodos de recuento de microorganismos que apenas se utilizan en los laboratorios de microbiología clínica, como la medida del peso seco, ya que son procesos más complejos que los descritos en este capítulo.

Actualmente, todo está muy automatizado en las técnicas de recuento, por lo que las técnicas manuales han pasado a segundo plano, puesto que requieren más tiempo y más complejidad para el personal de laboratorio. Además, las máquinas suelen estar calibradas y los resultados pueden llegar a ser más precisos. Aun así el técnico debe saber realizar los procesos manuales por si hay fallos en los aparatos. Los procesos de aislamiento sí que son manuales.

Ambos son procesos que se realizan habitualmente en cualquier laboratorio de microbiología clínica.

6 Bibliografía

- 1.- <https://conalepfelixtovar.wordpress.com/2012/09/26/tecnicas-y-metodos-de-aislamiento-y-seleccion-de-microorganismos/>
<https://www.ugr.es//pom-bac/pb-iv/pb-iv-2-introduccion.htm>

Capítulo 361

TÉCNICO DE LABORATORIO. TINCIONES BÁSICAS EN MICROBIOLOGÍA

MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS

1 Introducción

TINCIÓN: proceso y resultado de teñir, y al hecho y consecuencia de teñir se le llama también tintura. Está sería una definición generalista. En la rama que nos ocupa se le denomina a este proceso tinción ya que nos referiremos a este proceso como una técnica que se realiza en el laboratorio.

En términos generales una tinción (coloración) es una técnica auxiliar con la que se pretende poder mejorar la imagen que se ve a través del microscopio, la describiríamos como un proceso en el que se aplica un colorante a una sustancia, tejido, muestra en general para poder observar las distintas estructuras y analizarlo.

Hace ya más de un siglo que las tinciones en Microbiología ayudan a conocer la etiología microbiana, siendo por tanto la primera herramienta que se usa en el laboratorio. Existe una gran variedad de tinciones que a lo largo del tiempo se han ido creando para identificar diferentes patógenos, como bacterias, parásitos y hongos.

Para cada rama de la ciencia se utiliza tipos diferentes de tinciones, así en biología y medicina se usan colorantes que permiten ver tejidos biológicos observando fibras musculares, poblaciones celulares, orgánulos, etc. En bioquímica se usa la tinción con marcadores fluorescentes, que permiten observar proteínas, lípidos,

carbohidratos. Las tinciones biológicas, en la citometría de flujo se usan para marcar células y la electroforesis en gel para marcar proteínas o ácidos nucleicos. Ya nos hemos referido a la importancia de las tinciones como una herramienta primordial para el diagnóstico de infecciones, pero otra herramienta primordial es el microscopio.

El microscopio es un instrumento óptico que permite aumentar la imagen de los objetos y así poder observar aquello que por sus pequeñas dimensiones no es visible al ojo humano. Utiliza dos o más lentes unido a otras tecnologías, desde que en el siglo XVII aparecen en el estudio científico transformaron este. La óptica y la microscopia desde la antigüedad tuvo relevancia, pero su enfoque estaba dirigido hacia el estudio de los astros. A finales del siglo XV aparece el primer microscopio, pero en el siglo XVII se progresa en la construcción de estos otorgándoles más estabilidad y facilidad en su uso. Al descubrirse la reflexión y refracción el siglo XIX aumento la capacidad de aumento, así como el uso de aceite de cedro sustituyendo al agua que también aumento esta capacidad. Los microscopios ópticos en la primera parte del siglo XX alcanzaban los 500X-1000X lo que hacía imposible que se pudiese observar por ejemplo el núcleo, las mitocondrias. Con la invención del microscopio electrónico que proyecta un flujo de electrones, en lugar de luz, se consiguen aumentos de hasta 100.000X.

El primer paso para la especificación del microorganismo que queremos identificar es realizar una tinción para poder conocer si son cocos, bacilos, etc. es decir su morfología, agrupación en cadenas, tétradas y si son Gram positivos o Gramnegativos. Después se procederá a realizar otras pruebas.

Las células bacterianas suelen tener un tamaño que dificulta el poder verlas al microscopio óptico. Un impedimento crucial en la observación es el poco contraste que hay entre la célula y el medio en el que se encuentra, la forma más simple de que este contraste aumente es con el uso de colorantes. Podemos utilizarlos para diferenciar distintas clases de células o comprobar la presencia de esporas, flagelos, cápsulas, paredes celulares, etc.

2 Objetivos

- Estudio del proceso de realización de una tinción y de los diferentes métodos de realizarlas.
- Conocer los diferentes tipos de tinciones y su utilización en Microbiología.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se llevó a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones especializadas para la categoría de técnico especialista de laboratorio, libros publicados y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en páginas web especializadas como Scielo, Google Scholar, Pubmed y Seimc y otras.

4 Resultados

El uso del microscopio para obtener información importante para poder identificar de un forma rápida y definitiva microorganismos es muy influyente en microbiología. Cuando se valora una muestra al microscopio es sustancial la capacidad de resolución de un microscopio pues es la causante de la calidad, nitidez, fineza, claridad de la imagen que observamos. Para aprovechar estas ventajas que brindan los microscopios se ha ido desarrollando distintas técnicas de tinción.

A continuación, enumeramos las distintas fases de una tinción:

- **Extensión:** se preparará un frotis extendiendo una pequeña cantidad de la muestra en un portaobjetos a lo largo de este. Se aconseja realizarlo en campana de bioseguridad ya que al realizar la extensión se pueden originar aerosoles. Se pueden preparar partiendo de una muestra:

- ☒ **Sólida** que puede proceder de un cultivo sólido y se coge una pequeña cantidad con el asa estéril y se posa sobre el portaobjetos extendiéndola con el mismo asa ya utilizada. También podemos preparar una suspensión con suero salino o agua y extenderla con ayuda del asa estéril.

- ☒ **Líquida** si la muestra procede de un cultivo líquido con ayuda de una pipeta esteril depositaremos una gota en el portaobjetos y con un asa esteril realizamos la extensión.

- **Secado:** dejaremos la extensión dentro de la campana de bioseguridad hasta que se seque.

- **Fijado:** hay distintos procedimientos para fijar una extensión, por fijación química que solo se utilizará en ciertas ocasiones, se usa para proteger subestructuras finas de las células, se cubre la extensión con metanol o etanol y se deja secar. La fijación por calor consiste en pasar el portaobjetos con suavidad por encima de la llama de un mechero, con cuidado de que no se caliente en exceso. Con el fijado se pretende que las estructuras celulares no sean arrastradas por el colorante y los lavados posteriores.

- **Coloración:** Se utiliza para mejorar el contraste entre los patógenos y el medio en el que se encuentra, así podremos observar los microorganismos coloreados sobre un fondo sin colorear. Los colorantes que utilizaremos serán sustancias que tiene atracción por ciertos componentes o estructuras celulares. En microbiología se utiliza siempre tinciones fijadas y colorantes no tintes.
- **Decoloración:** Después de la coloración, es normal decolorar la muestra de tinción para poder ver si las bacterias son capaces o no de perder color en situaciones extremas y así poder distinguir distintos grupos bacteriano.
- **Lavado:** se llevará a cabo con suavidad utilizando agua destilada, podremos usar o no una pipeta o colocar el frotis verticalmente frente a un chorro de agua débil hasta que el agua que caiga del portaobjetos no tenga restos de colorante. Se dejará escurrir hasta que esté bien seca.
- **Coloración de contraste:** Es utilizar colorantes, casi siempre básicos, que van a teñir las estructuras que se han decolorado y que no se han conseguido teñir con el primer colorante.
- **Observación:** una vez que se haya completado la tinción se observará al microscopio añadiendo a esta unas gotas de aceite de inmersión sobre el porta. Comenzaremos con el objetivo de menor aumento para observar que la muestra está bien distribuida y no aparecen elementos como cristales o restos de colorante. Después iremos aumentando el objetivo.

TIPOS DE TINCIONES

- **Simple:** se utiliza un solo colorante, la célula se tiñe completa, solo obtendremos información de la forma y variedad de ésta. Su utilidad es pequeña. Se suele usar azul de metileno.
- **Diferencial:** se utilizan dos colorantes y cada uno de ellos teñirá un tipo de bacteria. Por ejemplo la Tinción de Gram y la de Ziehl-Neelsen que se usa para bacterias ácido-alcohol resistentes.
- **Específica o selectiva:** el colorante se une tiñendo a algunas estructuras de la célula con las que tiene atracción como endosporas, flagelos, etc.

TIPOS DE COLORANTES

Casi todos los colorantes son compuestos orgánicos con afinidad específica hacia algunas materias celulares.

Todos los colorantes tienen dos partes:

- ☒ **Grupo cromóforo:** parte causante del color. Son moléculas alifáticas que tiene un enlace $N=N$ conjugado un grupo sulfo SO_2 .
- ☒ **Grupo auxocromo** que es la parte de la molécula que favorece que el radical cromóforo reaccione con la molécula a teñir, Radicales iónicos como OH^- , COO^- ,

NH₂.

La clasificación de los colorantes se basa en su grupo auxocromo, esta sería una clasificación química:

☒ Grupo auxocromo catiónico (+) o básico. Este grupo es un catión que reacciona con partes ácidas de la célula cuya carga es negativa (como los ácidos nucleicos). Por lo general las bacterias tienen carga negativa en su pared y reacciona con los colorantes. Son la safranina, cristal violeta, azul de metileno.

☒ Grupo auxocromo aniónico (-) o ácido. Es un anión y reacciona con los componentes básicos de la célula por ejemplo citoplasma y partes de la célula positivas. Son fucsina, nigrosina, eosina, rojo-congo.

☒ Grupo auxocromo liposoluble o sin carga. Se originan de la combinación entre un anión y un catión que en una solución para teñir se separan en dos átomos. Son negro-sudan, eosina de metileno.

Otra clasificación sería según su origen:

☒ Colorantes artificiales se consiguen partiendo de derivados químicos, la mayor parte de ellos derivan del alquitrán de hulla, colorantes de anilina. Son los que hemos denominado según la clasificación química ácidos, básicos o neutros.

☒ Colorantes naturales se obtienen de animales y en su gran mayoría de plantas. Por ejemplo, la hematoxilina o el carmín.

USO DE MORDENTES

Para conseguir que la intensidad de la tinción sea mayor o teñirla del todo se puede usar un reactivo que aumenta la tinción. Los mordentes pueden tener una gran atracción hacia la muestra como hacia el colorante y así fijar el colorante a una sustancia. Los podemos clasificar en:

☒ Mordentes ácidos que reaccionan con colorantes básicos

☒ Mordentes básicos que reaccionan con colorantes ácidos.

Cuando se añade un mordente en una tinción los colorantes pueden actuar como monogénicos, solo muestran un color, o poligénicos que producen distintas coloraciones dependiendo del mordente utilizado.

La forma normal de utilizar el mordente es añadirle al sustrato primero y después el colorante.

EXAMEN EN FRESCO

Esta técnica solo es útil para observar hongos, helmintos y protozoos. Su uso es escaso en diagnósticos de microbiología porque solo se pueden identificar la forma de las bacterias y su movilidad. Por el contrario, si es útil el examen en fresco de un exudado vaginal y uretral para observar si hay trichomonas y levaduras.

Colocaremos el material a estudiar entre un portaobjetos y un cubreobjetos sin ningún colorante, solo en caso de necesidad una gota de suero fisiológico.

TINCIONES EN MICROBIOLOGÍA

Las tinciones diferenciales son las más utilizadas en microbiología, gracias a las diferentes aplicaciones que tienen para diferenciar microorganismos. En estas tinciones se pueden observar más de un color ya que se usa más de un colorante, los componentes celulares que tienen diferente composición química reaccionan de diferente manera a una tinción, y así podremos clasificar a los microorganismos en distintos grupos según se tiñan.

Tinción de Gram: La estructura y composición de la pared celular de las bacterias otorga a estas distintas propiedades. La reacción que provoca la tinción de Gram se produce en la pared celular y según los resultados clasificaremos los microorganismos en Gram positivos y Gram negativos si retienen el cristal violeta o no.

La pared de una célula gram-negativa es delgada de peptidoglicano y la rodea otra membrana exterior formada por lipopolisacáridos, lipoproteínas y fosfolípidos y la pared de una célula gram-positiva es gruesa y está formada por varias capas de peptidoglicano y ácido teitoico. Los enlaces de este ácido teitoico que existen en gran cantidad en los microorganismos Gram-positivos aumentan la capacidad de resistir la decoloración.

Proceso de la tinción de Gram:

- Se añade un colorante primario, el cristal violeta, el cual se junta a la pared celular de la bacteria ya que es atraído por el peptidoglicano de la pared celular. Mantener durante un minuto. Después aclarar con agua destilada.
- Añadir lugol durante 1 minuto, que actúa como mordente, para fijar el colorante y que el cristal violeta no se separe de algunos tipos de bacterias. Aclarar con agua destilada.
- Cubrir con mezcla de alcohol-acetona, para arrastrar el colorante. Esta mezcla deshidrata la pared de la bacteria y cierra sus poros también deshace la membrana externa de las bacterias Gram negativas y no mantiene el cristal violeta, lo contrario ocurre en las bacterias Gram positivas.
- Colocar safranina sobre la extensión que actúa como colorante secundario y tiñe a las bacterias que no han retenido el cristal violeta.

Bacterias Gram positivas: especies que pertenecen a los géneros *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Corynebacterium*, *Listeria*, *Bacillus* y *Clostridium*.

Bacterias Gram negativas: especies de los géneros *Pseudomonas*, *Enterobacterias*, *Klebsiella*, *Haemophilus*, *Legionella*, *Salmonella*.

Tinción de Ziehl-Neelsen: también llamada tinción de ácido resistencia. Es útil

para diferenciar bacilos tuberculosos y microorganismos relacionados. Aunque las micobacterias están rodeadas por un material céreo y grueso que aguanta la tinción, como se ha teñido la pared celular de la bacteria, aguantan la decoloración ya que tienen ácido micólico.

Proceso de la tinción de Zielh-Neelsen:

- Cubrir con carbol-fucsina la extensión y pasar sobre la llama del mechero el portaobjeto para calentar la preparación y así se solubilizan las cera, lípidos y ácidos grasos de la pared de la célula y el colorante primario se introduce en la preparación y se fija a los ácidos micólicos. Se enfría con agua y la pared de la célula se cohesiona de nuevo soportando la acción de abrasión del alcohol-ácido y el azul de metileno. Cubrir durante 5- 10 minutos
- Añadir alcohol-ácido, decolorante. Mientras se arrastre colorante.
- Cubrir con colorante de contraste, azul de metileno. Mantener cubierto durante 1 minuto.

Se utiliza para diferenciar microorganismos del género *Mycobacterium*.

Estas son las dos tinciones más utilizadas en microbiología como técnicas primarias para una primera determinación.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de las tinciones en el laboratorio reside en que gracias a estas técnicas se puede obtener una información que permitirá tomar decisiones más precisas encaminadas a realizar un diagnóstico en el menor tiempo posible.

La buena labor de un técnico de laboratorio en la realización y conocimiento de las distintas

Técnicas de tinción y los objetivos que se quieren alcanzar queda reflejado en la obtención de resultados.

Destacamos la importancia de conocer los tipos de tinciones: simples, diferencial, estructurales. Haciendo hincapié en que las más utilizadas en microbiología son dos, la tinción de Gram y la Zielh- Neelsen, que están catalogadas con tinciones diferenciales.

El técnico en las distintas fases de realización de una tinción debe tener un especial cuidado en que la extensión sea homogénea y fina para que se observe al microscopio con nitidez, así como la importancia del fijado y la decoloración en el resultado final.

El conocimiento de los colorantes, de su composición, su calidad, su modo de utilización, si se ha de realizar una técnica que usa un solo colorante o dos y porque son necesarios estos y que color otorgan a los distintos microorganismos

y como se clasificaran estos según la coloración obtenida. También el uso de mordentes, su correcta aplicación.

6 Bibliografía

- 1.<https://concepto.de/historia-del-microscopio/>
<https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-univer/microbiologia-e-inmunologia/historia-tinncciones/16013706>
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2014/ir141b.pdf>
<http://www.bio-nica.info/biblioteca/TincionBacterias.pdf>
<http://www.bio-nica.info/biblioteca/TincionBacterias.pdf>
- 2.[https://espanol.libretexts.org/Biologia/Microbiolog%C3%ADa/Manual_de_microbiolog%C3%ADa_general/02%3A_Fundamentos_de_microscopia_montaje_y_coloraciones_de_muestras/2.05%3A_Tinciones_comunmente_usadas_en_microbiologia/2.5.02%3A_Coloracion_de_Gram_\(tincion_diferencial\)](https://espanol.libretexts.org/Biologia/Microbiolog%C3%ADa/Manual_de_microbiolog%C3%ADa_general/02%3A_Fundamentos_de_microscopia_montaje_y_coloraciones_de_muestras/2.05%3A_Tinciones_comunmente_usadas_en_microbiologia/2.5.02%3A_Coloracion_de_Gram_(tincion_diferencial))
- 3.https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/35/35696/tincion_de_gram.pdf
- 4.<https://labdemicrobiologia.wixsite.com/scientist-site/t-cnicas-y-tipos-de-tinci-n>
- 5.https://amyd.quimica.unam.mx/pluginfile.php/10527/mod_resource/content/1/Tinciones%20basicas%20en%20microbiologia.pdf
<https://microbiologia.net/microbiologia/tinciones-colorantes>
- 6.<https://microbiologynote.com/es/resultado-del-principio-del-procedimiento-de-tinci%C3%B3n-simple/#simple-staining-principle>

Capítulo 362

LAS TÉCNICAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA ACTUALES PARA EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

1 Introducción

Las medidas de protección radiológica son importantes en un servicio de radiodiagnóstico para proteger tanto al personal sanitario expuesto, como al personal sanitario no expuesto y a los pacientes y familiares. Son medidas que un técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) debe conocer y cumplir siempre en beneficio de la salud.

El personal profesionalmente expuesto debe cumplir las medidas de protección radiológica en el ejercicio de sus funciones que se especifican en los manuales de protección y de seguridad radiológica con sus procedimientos técnicos.

Es necesario un buen uso de todos los equipos de protección que se le administren en el servicio de radiodiagnóstico y dar atención a los indicativos de vigilancia radiológica individual que se le proporciona, recibir toda la información e instrucciones sobre protección radiológica y ejecutarlas para realizar su trabajo de acuerdo a los requisitos establecidos en la normativa.

Debe informar al responsable siempre de sus actividades pasadas y actuales, dado que contribuyen a mejorar la protección y seguridad radiológica y evitar

cualquier acto deliberado por su cuenta que pueda causar situaciones de riesgo o el incumplimiento de las normas establecidas en protección radiológica vigentes. Así mismo, es esencial informar a la persona conveniente si en cualquier caso detecta una anomalía que pudiese afectar al cumplimiento de dichas normas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer la importancia de la protección frente a las radiaciones X en materia de salud.

Los objetivos secundarios son:

- Dar a conocer los distintos tipos de protección del que se dispone y saber utilizarlos.
- Establecer previsiones que permitan controlar la dispersión de radiación en el ejercicio 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 tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Los equipos de radiodiagnóstico solo emiten radiación cuando están conectados y dejan de emitirla al desconectarse, estos equipos llevan integrados de por sí recubrimientos a modo de blindaje de la radiación para minimizar la exposición cuando están en funcionamiento. Además, como refuerzo, en las instalaciones donde están, las paredes están recubiertas de plomo, minimizando así la exposición del personal que se encuentra dentro de la sala.

Existen también unas precauciones que deben adoptar los TSID para reducir, a lo indispensable, la radiación que causan los distintos aparatos de radiodiagnóstico.

Al incrementar el tiempo transcurrido con una fuente de radiación, la dosis que recibimos también aumenta, por lo que debemos reducir el tiempo indispensable

para protegernos. Tener planificada la tarea antes de empezar reduce notablemente el tiempo y como consecuencia, también se reduce la exposición.

Esta parte se aplica a todo el personal de enfermería, técnicos de rayos, personal de mantenimiento o de limpieza. La distancia es otro de los elementos a detallar por el personal sanitario para reducir la exposición a la radiación.

La radiación X está regida por la ley de la inversa del cuadrado de la distancia, por lo que, si doblamos la distancia al foco emisor, reducimos la radiación recibida a la cuarta parte, por lo tanto, es una buena práctica alejarse todo lo posible de la fuente de emisión de radiación.

A veces, el personal sanitario no puede dejar solo al paciente y es en estos casos, cuando mantener la distancia del foco de emisión de radiación se hace más importante, para minimizar los riesgos para la salud. Utilizar un delantal plomado, guantes plomados y todas las protecciones de las que disponemos es fundamental para reducir la radiación recibida.

Hay que conocer también las áreas donde hay radiación o contaminación y estar en ellos lo mínimo indispensable. Para conocer estas áreas se señalizan con carteles de distintos colores dependiendo del tipo y el nivel de radiación existente. De menor a mayor riesgo de radiación encontramos la zona vigilada, de color gris, la zona controlada, en este caso de color verde, zona de permanencia limitada, de color amarillo, y la zona de permanencia reglamentada, de color naranja. Los carteles también indican si existe riesgo de irradiación, si hay puntas radiales y si hay contaminación, es un fondo punteado.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer todas las herramientas que hay a nuestra disposición para reducir la exposición a la radiación, reduciendo así la dosis recibida tanto a todo el personal sanitario, como al personal profesionalmente expuesto y familiares. Es fundamental que los profesionales sanitarios estén informados y conozcan todas las medidas a su alcance para reducir estos riesgos, ya sean de protección individual o general. Todo ello, causa la necesidad de tener una formación acerca de la protección radiológica continua.

Se debe aprovechar la importancia de la radiación en pruebas diagnósticas, siempre para una mejora del paciente, pero con un riesgo que es aceptable tanto para el personal profesionalmente expuesto como para la población en general o futuras generaciones, por lo que se debe evitar cualquier exposición innecesaria.

6 Bibliografía

1. Manual General de Protección Radiológica. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. (1995). INSALUD.
2. Guía de Seguridad 7.4 (Rev.2) del Consejo de Seguridad Nuclear. Bases para la vigilancia médica de los trabajadores expuestos a las radiaciones ionizantes. 1998.
3. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (BOE, 10 de noviembre de 1995).

Capítulo 363

PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL LABORATORIO

DAVID GARCÍA RUBIO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBÁÑEZ

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

El microorganismo causante de la enfermedad conocida como tuberculosis es *Mycobacterium tuberculosis*, también conocido como bacilo de Koch. Es una enfermedad infeccioso-contagiosa que debe ser reportada por su propensión a causar nódulos, granulomas o tuberculomas.

Cuando un microorganismo entra en contacto con los macrófagos por primera vez, se conoce como infección. En el 90% de los casos, el sistema inmunológico controla las bacterias, pero en el 10% restante, la infección puede extenderse e invadir a los vasos sanguíneos, afectando a todo el organismo.

Además de afectar otras zonas como el riñón, la linfa y las meninges, afecta primero al pulmón, cuyo tejido celular da lugar a los granulomas.

Las pruebas bioquímicas y los cultivos se utilizan para confirmar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en el laboratorio de microbiología clínica o para determinar si había otros microorganismos presentes según los resultados. Para

evitar cualquier tipo de contaminación y poder identificar específicamente el microorganismo buscado, es fundamental trabajar con total asepsia en esta zona del laboratorio.

Cuando *Mycobacterium tuberculosis* ingresa al cuerpo a través del sistema respiratorio, generalmente se encuentra en los alvéolos pulmonares, donde entra en contacto con los macrófagos que lo fagocitan y luego lo transportan a los vasos linfáticos mientras está en el interior. Es un parásito que se desarrolla y vive dentro de los macrófagos.

2 Objetivos

- Saber qué pruebas se realizan en el laboratorio para identificar este microorganismo y en qué consisten.
- Conocer el procedimiento a seguir para una correcta identificación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las pruebas correspondientes pueden realizarse de dos maneras, mediante un diagnóstico directo o indirecto. Las muestras pueden ser varias entre ellas orina, esputo, líquido cefalorraquídeo, pleural, aspirados de distintas zonas (BAS o gástrico).

Dentro del diagnóstico indirecto:

- Pruebas serológicas mediante fijación, precipitación y aglutinación del complemento. Dado que es difícil interpretar los resultados de estas pruebas, ELISA es la técnica más popular porque produce resultados más precisos.
- Prueba de Mantoux o tuberculina para detectar reacciones alérgicas. Consiste en inyectar 5 UT por vía intradérmica en 1 ml de diluyente en la superficie anterior del antebrazo. Se mide el diámetro de la induración después de 48 a 72 horas.

Es una prueba cuantitativa y las induraciones inferiores a 9 mm se consideran positivas para tuberculosis.

En el método directo las técnicas son distintas. Entre ellas:

- Examen microscópico basado en tinciones. Las tinciones de Ziehl-Neelsen y Kinyoun se utilizan para *M. tuberculosis* porque, a pesar de ser grampositivo, tiñe mal y de manera irregular, lo que lo convierte en un microorganismo considerado ácido-alcohol resistente (BAAR).

En este tipo de tinciones, los bacilos son de color rojo. Además, se pueden utilizar tintes fluorescentes como rojo tiazina, auramina o naranja de acridina cuando se observa bajo luz ultravioleta.

- Aislamiento, implica utilizar un medio de cultivo exclusivo de *M. tuberculosis*. De esta manera se evita cualquier crecimiento bacteriano adicional. El medio Löwenstein-Jensen, que es distinto del microorganismo *M. bovis* y del agar Middlebrook, es uno de estos medios de cultivo.

- Identificación: El microorganismo se identifica mediante pruebas bioquímicas. Es típico que a 68°C se produzca niacina, se reduzcan los nitratos y no haya catalasas.

El técnico de laboratorio es el encargado de realizar todas las pruebas relacionadas con la identificación del microorganismo y dar el médico especialista los resultados pertinentes.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el técnico conozca todos los procedimientos que se pueden utilizar para identificar un microorganismo que, de no detectarse a tiempo, puede provocar una enfermedad tan mortal. Debe poder realizar cada prueba según el protocolo e interpretar los resultados con precisión.

Dado que la tuberculosis es una enfermedad muy grave y altamente contagiosa, el técnico también debe conocer las precauciones de seguridad que debe tomar en ese caso.

Al tratarse de una enfermedad rara en la actualidad, el médico especialista puede realizar un diagnóstico y administrar un tratamiento adecuado para combatir la patología con relativa rapidez gracias a los resultados de laboratorio.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-diagnostico-microbiologico-tuberculosis-13029946>.

Capítulo 364

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA DIFERENCIA DEL YODADO Y GADOLINIO

YOLANDA LAGO MARTINEZ

1 Introducción

En la práctica médica moderna, la capacidad de visualizar de forma no invasiva las estructuras internas del cuerpo humano es esencial para el diagnóstico y seguimiento de diversas afecciones médicas. Los medios de contraste son sustancias que aumentan la visibilidad de las estructuras en las imágenes médicas y desempeñan un papel importante. Entre los más utilizados se incluyen; el medio de contraste yodado y medio de contraste de gadolinio. Estos dos agentes tienen propiedades químicas y aplicaciones específicas que los hacen adecuados para diferentes tipos de procedimientos de diagnóstico por imágenes.

Este estudio se centra en proporcionar información detallada sobre las diferencias entre los medios de contraste yodados y de gadolinio, desde sus propiedades químicas y físicas hasta las aplicaciones clínicas. A través de este examen detallado, nuestro objetivo es descubrir las propiedades únicas de cada fármaco y cómo afectan la toma de decisiones clínicas y la seguridad del paciente.

Desde su descubrimiento y desarrollo, estos medios de contraste han transformado la práctica médica, permitiendo un diagnóstico más preciso y una comprensión más profunda de los estados patológicos. A medida que entramos en la era de la medicina de precisión, es importante comprender las diferencias clave entre estos fármacos y su papel en la medicina moderna.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Proporcionar una visión general de las diferencias fundamentales entre los agentes de contraste yodados y el gadolinio en el contexto de la radiología.

Objetivos secundarios:

- Conocer las propiedades químicas y físicas de los agentes de contraste yodados.
- Descubrir las propiedades y características de los agentes de contraste a base de gadolinio.
- Analizar las aplicaciones clínicas y aplicaciones típicas de diversos agentes de contraste.
- Considerar las precauciones y la seguridad al administrar medios de contraste que contengan yodo y gadolinio.

3 Metodología

Este estudio se basa en una exhaustiva búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura académica. Se consultaron fuentes confiables y autorizadas de los principales libros de texto de radiología y artículos científicos revisados por partes, para proporcionar una descripción general precisa e informada de las diferencias entre los agentes de contraste de yodo y gadolinio.

4 Resultados

Propiedades químicas y físicas:

- Medios de contraste que contienen yodo: Los agentes de contraste que contienen yodo contienen un átomo de yodo en su estructura química, que puede ser iónico o no iónico, pero se prefiere este último debido al menor riesgo de efectos secundarios. El yodo es altamente radiopaco, lo que significa que absorbe eficazmente los rayos X y mejora la visualización en radiografías y tomografías computarizadas.
- Medios de contraste de gadolinio: El agente de contraste de gadolinio contiene el metal de transición gadolinio. El gadolinio es altamente paramagnético y puede cambiar el campo magnético, lo que lo hace adecuado para la resonancia magnética. Los agentes de gadolinio utilizados en la resonancia magnética son quelatos, en los que el gadolinio se une a moléculas orgánicas para mejorar la estabilidad y la biodistribución.

Uso clínico:

- Medios de contraste que contienen yodo: Los agentes de contraste que contienen yodo se usan comúnmente en radiología, particularmente en estudios de tomografía computarizada (TC) y angiografía. Adecuado para la visualización de estructuras vasculares, órganos abdominales y tejidos blandos.
- Medios de contraste de gadolinio: El agente de contraste de gadolinio se utiliza principalmente en imágenes por resonancia magnética (MRI) para mejorar la visualización de los tejidos blandos, el sistema nervioso central y diversas patologías como tumores, lesiones inflamatorias y enfermedades neurovasculares.

Información de seguridad:

- Medios de contraste que contienen yodo: Los medios de contraste que contienen yodo pueden causar reacciones alérgicas y efectos secundarios en algunos pacientes, pero los medios de contraste no iónicos generalmente se toleran mejor. Se deben tomar precauciones especiales en pacientes con alergia al yodo o insuficiencia renal.
- Medios de contraste de gadolinio: los agentes de contraste de gadolinio generalmente se consideran seguros y tienen un riesgo bajo de efectos secundarios. Sin embargo, en casos raros, puede causar una enfermedad rara llamada fibrosis sistémica nefrogénica (NSF) en pacientes con insuficiencia renal.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los medios de contraste iodados y de gadolinio son dos categorías distintas de agentes utilizados en la medicina radiológica, que sirven para mejorar la visualización en los procedimientos de diagnóstico por imágenes. Cada uno de ellos, tiene sus propias propiedades químicas y físicas, así como usos clínicos específicos. La elección entre ellos depende del tipo de estudio que se realice y las características individuales que posea el paciente. Es muy importante tener en cuenta las precauciones y consideraciones de seguridad, en el momento de administrar cualquier medio de contraste para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.radiologyinfo.org/es/info/safety-contrast>
- 2.<https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2022/02/04/contraste-radiologico-sirve-179532.html>
- 3.<https://medicina.uas.edu.mx/wp-content/uploads/2020/03/lo-que-el-medico-debe-saber-de-mc.pdf>

4.https://es.wikipedia.org/wiki/Contraste_radiol%C3%B3gico

Capítulo 365

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS EN ESTUDIOS DE IMÁGEN EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

YOLANDA LAGO MARTINEZ

1 Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad grave y potencialmente mortal en la que se forman coágulos de sangre, llamados trombos, en las venas profundas (generalmente en las piernas), luego se desprenden y viajan a través del sistema circulatorio hasta las arterias pulmonares bloqueando el flujo de sangre hacia los pulmones. Este bloqueo puede tener consecuencias devastadoras, incluida insuficiencia respiratoria y, en casos extremos, la muerte. El diagnóstico de TEP puede ser difícil porque los síntomas clínicos son diversos y a menudo inespecíficos, y el diagnóstico por imágenes juega un papel importante en la detección y evaluación.

Las imágenes médicas han avanzado significativamente en las últimas décadas, permitiendo la visualización detallada de las estructuras internas del cuerpo humano sin necesidad de procedimientos invasivos. Las pruebas de imagen se han convertido en una herramienta imprescindible en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, incluida la TEP. Estos estudios brindan a los médicos información importante sobre la presencia, ubicación y extensión de los coágulos sanguíneos en el sistema pulmonar, lo que facilita decisiones clínicas informadas y la implementación de tratamientos adecuados.

Este estudio investiga más a fondo el importante papel de las pruebas de imagen en el diagnóstico de TEP. Analizamos los principales objetivos de este estudio, los métodos utilizados para llevarlo a cabo y los importantes resultados obtenidos.

2 Objetivos

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

- Explorar la importancia de los estudios de imagen en el diagnóstico de la tromboembolia pulmonar.
- Analizar los diferentes tipos de estudios de imagen utilizados en el diagnóstico de la TEP y sus ventajas y desventajas.
- Evaluar la precisión y utilidad de los estudios de imagen en el diagnóstico temprano y el seguimiento de la TEP.
- Considerar las pautas clínicas y las mejores prácticas en la utilización de estudios de imagen para el diagnóstico de la TEP.

3 Metodología

Para realizar este estudio, se realiza una revisión exhaustiva de la literatura médica y científica existente en bases de datos confiables. Se llevó a cabo una búsqueda en estudios científicos, revisiones, guías clínicas y artículos científicos que aborden la utilidad y eficacia de las pruebas de imagen en el diagnóstico de TEP. Se prestó especial atención a la precisión diagnóstica, las limitaciones y las implicaciones clínicas de estos estudios.

4 Resultados

Las pruebas de imagen juegan un papel importante en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP), permitiendo la detección temprana y precisa de esta enfermedad potencialmente mortal.

Los siguientes son los principales hallazgos relacionados con el uso de pruebas de imagen en el diagnóstico de EP:

- Precisión de las pruebas de imagen:

La tomografía computarizada (TC) de tórax es una herramienta diagnóstica fundamental en el manejo de pacientes con sospecha de TEP. La sensibilidad y especificidad en la detección de arterias pulmonares es notable, lo que la convierte

en la opción preferida para evaluar la presencia de trombos dentro de las arterias pulmonares.

La gammagrafía de ventilación/perfusión (V/Q) es un método de imagen nuclear comúnmente utilizado para evaluar la posibilidad de PE. Aunque puede ser menos precisa que la TC en algunos casos, sigue siendo una herramienta valiosa cuando la TC no es posible o está contraindicada.

- Tipos de imágenes relevantes para el diagnóstico de EP:

La angiografía pulmonar por TC es el estándar de oro para el diagnóstico de TEP. Los coágulos de sangre dentro de la arteria pulmonar se pueden visualizar directamente y se puede determinar su ubicación y extensión.

La ecografía Doppler venosa es útil para evaluar la presencia de coágulos sanguíneos en las extremidades inferiores, una causa común de embolia pulmonar. La confirmación rápida es posible incluso en situaciones de emergencia.

La resonancia magnética pulmonar se utiliza con menos frecuencia que la tomografía computarizada, pero, puede ser beneficiosa en determinadas situaciones, como en pacientes con alergias a agentes de contraste o en la evaluación de complicaciones crónicas de la TEP.

- Resultados de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas:

Estudios clínicos demostraron la eficacia de la TC en el diagnóstico de TEP. La capacidad de detección se ha mejorado aún más mediante TC multidetector de alta resolución.

La gammagrafía V/Q se ha estudiado ampliamente y es un método de imagen eficaz para estratificar la probabilidad de EP.

Revisiones sistemáticas y metanálisis han confirmado la utilidad de los estudios de imagen en la detección de TEP y su contribución a la toma de decisiones clínicas.

- Limitaciones y desafíos:

La exposición a la radiación en la TC es un problema para pacientes jóvenes y mujeres embarazadas. Sin embargo, la dosis de radiación se puede reducir significativamente mediante TC de tórax de alta resolución.

La gammagrafía V/Q puede interpretarse subjetivamente y puede no ser ideal para pacientes con enfermedad pulmonar preexistente.

- Consideraciones para el uso de pruebas de imagen:

La elección de la modalidad de imagen depende de la situación clínica específica, la disponibilidad de recursos y las características del paciente.

Para decidir si se realiza una prueba de imagen, se recomienda una evaluación clínica completa, antes de la prueba.

- Implicaciones para la atención del paciente:

El uso apropiado de imágenes en el diagnóstico de TEP conduce a un diagnóstico temprano y preciso, permite un tratamiento oportuno y reduce las complicaciones.

La capacidad de confirmar o descartar eficazmente la TEP mediante el procesamiento de imágenes reduce la ansiedad y la incertidumbre y mejora la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de las pruebas de imagen en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP).

Se demuestra que la tomografía computarizada (TC) de tórax es una herramienta de diagnóstico esencial en el tratamiento de pacientes con sospecha de TEP. Su alta precisión, tanto en términos de sensibilidad como de especificidad, lo convierte en el método de elección para evaluar la presencia de coágulos sanguíneos en las arterias pulmonares. Además, los avances en tecnología, como la TC multi-detector de alta resolución, han mejorado aún más las capacidades de detección.

La gammagrafía de ventilación/perfusión (V/Q) sigue siendo un método valioso en situaciones en las que la TC no es posible o está contraindicada. Aunque puede ser menos precisa en comparación con la TC, puede ayudar a estratificar la probabilidad de TEP y proporcionar información valiosa en casos seleccionados.

Sin embargo, se reconoce que las imágenes de PE tienen limitaciones y desafíos, como la exposición a la radiación en la TC y la interpretación subjetiva en la gammagrafía V/Q. Estos aspectos deben considerarse cuidadosamente en la práctica clínica.

En última instancia, las imágenes desempeñan un papel clave en la mejora de la atención al paciente al permitir un diagnóstico temprano y preciso, lo que conduce a un tratamiento oportuno y a una reducción de las complicaciones asociadas con la TEP. La elección de la modalidad de imagen debe basarse en la situación clínica específica, y el uso apropiado de estos estudios sigue siendo importante en la evaluación de pacientes con sospecha de TEP. A medida que avance la medicina de diagnóstico, las imágenes seguirán desempeñando un papel invaluable en la atención de pacientes con esta afección crítica.

6 Bibliografía

1. <https://www.blog.formacionalcala.com/2016/11/15/pruebas-de-imagen-en-la-enfermedad-tromboembolica/>.
2. <https://www.revclinesp.es/es-diagnostico-clinico-radiologico-tromboembolia-pulmon-articulo-S0014256520301582>.
3. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/679012/parra_gordo_mariluz.pdf?sequence=1.

Capítulo 366

EL TÉCNICO DE RAYOS, EL MARCAPASOS Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA

YOLANDA LAGO MARTINEZ

1 Introducción

La resonancia magnética (MRI) ha revolucionado la medicina moderna al proporcionar imágenes detalladas y no invasivas de los tejidos internos del cuerpo humano. Sin embargo, uno de los principales desafíos en la práctica clínica es la seguridad y viabilidad de la resonancia magnética para pacientes con dispositivos médicos implantables como lo denominados marcapasos cardíacos (MP). Los marcapasos son dispositivos importantes en el tratamiento de la arritmia y, a menudo, contienen componentes metálicos que pueden interactuar con el entorno electromagnético de la resonancia magnética y representar un riesgo potencial para la salud del paciente. La compatibilidad entre MP y MRI es un tema muy importante que ha fascinado e interesado a las comunidades médica y científica.

Este estudio profundiza en el complejo mundo de la relación entre los marcapasos y la resonancia magnética. Analizamos más de cerca los problemas de la implementación de la resonancia magnética en pacientes con MP, analizando los riesgos potenciales, las pautas actuales, la práctica clínica y las nuevas soluciones tecnológicas. Este estudio tiene como objetivo revelar cómo superar los desafíos que plantea esta dualidad entre la resonancia magnética y el marcapasos en la medicina moderna, garantizando al mismo tiempo la seguridad y eficacia de ambas tecnologías.

2 Objetivos

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

- Comprender los riesgos asociados con la realización de RM en pacientes con marcapasos y los fundamentos técnicos de estas interacciones electromagnéticas.
- Evaluar las pautas y recomendaciones actuales de organizaciones médicas y reguladoras en relación con la realización segura de RM en pacientes con MP.
- Proporcionar recomendaciones y mejores prácticas para la realización segura de RM en pacientes con MP, considerando aspectos técnicos, clínicos y regulatorios.

3 Metodología

Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica relacionada con la interacción entre MP y RM. Esto incluirá investigaciones previas, estudios de casos, revisiones sistemáticas y guías clínicas relevantes. Se analizarán las últimas innovaciones tecnológicas en la fabricación de MP y su capacidad para mejorar la compatibilidad con la RM. Esto incluirá la evaluación de MP específicos diseñados para su uso en entornos de RM. Basado en los hallazgos de la investigación, se desarrollarán recomendaciones y mejores prácticas para la realización segura de RM en pacientes con MP.

4 Resultados

La relación entre los marcapasos (MP) y la resonancia magnética (RM) ha sido objeto de intensa investigación y desarrollo durante las últimas décadas. Los resultados de este estudio revelaron una serie de hallazgos importantes:

- Riesgos asociados con la resonancia magnética en pacientes con marcapasos:
Se ha demostrado que la RM puede generar riesgos en pacientes con MP debido a las interacciones electromagnéticas entre los campos magnéticos de la RM y los componentes metálicos del MP. Estos riesgos incluyen la posibilidad de reprogramación del MP, estimulación inapropiada, mal funcionamiento del dispositivo e incluso daño tisular.
- Pautas y recomendaciones clínicas actuales:
Las organizaciones de atención médica y las agencias reguladoras han emitido pautas y recomendaciones específicas con respecto a la realización segura de la resonancia magnética en pacientes con PM. Estas pautas incluyen criterios de selección de pacientes, protocolos de monitoreo durante la resonancia magnética y configuraciones programables para MP.

- Práctica clínica y protocolos de seguridad:

Las prácticas clínicas en diferentes centros médicos difieren en la forma en que abordan el rendimiento de la resonancia magnética en pacientes con MP. Algunas instalaciones cuentan con estrictos protocolos de seguridad, incluido el monitoreo por parte de electrofisiólogos y técnicos durante el procedimiento, mientras que otras pueden evitar por completo la resonancia magnética para pacientes con MP.

- Desarrollos tecnológicos en marcapasos:

Los fabricantes del MP han trabajado para desarrollar un dispositivo más seguro y compatible con RM. Estos dispositivos suelen tener características específicas, como, modos de resonancia magnética condicional para permitir una operación segura durante el procedimiento.

- Estudios clínicos e historias de éxito:

Se han realizado estudios clínicos e historias de éxito que demuestran la viabilidad de realizar resonancias magnéticas de manera segura en pacientes con MP cuando se siguen cuidadosamente las pautas y protocolos establecidos. Estos casos resaltan la importancia de considerar la resonancia magnética como una opción para pacientes con necesidades diagnósticas específicas.

- Necesidad de educación continua:

A pesar de los avances en la tecnología y las pautas existentes, sigue siendo importante educar tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes sobre los riesgos y beneficios de la resonancia magnética en pacientes con MP. La toma de decisiones compartida entre el paciente, el cardiólogo y el radiólogo es fundamental para garantizar la seguridad y eficacia del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La compleja interacción de estos RM Y MP se ha estudiado en detalle y ha conducido a una serie de conclusiones importantes. Se ha demostrado que la resonancia magnética representa un riesgo para los pacientes con MP debido a la posibilidad de interacciones electromagnéticas, estos riesgos incluyen, reprogramación de MP, estimulación inapropiada y mal funcionamiento del dispositivo, además del riesgo teórico de daño tisular.

Las pautas y recomendaciones de instituciones médicas y organismos reguladores son esenciales para garantizar la realización segura de la resonancia magnética en pacientes con MP. Estas pautas incluyen criterios de selección de pacientes, protocolos de seguridad y pautas para un seguimiento adecuado durante el procedimiento.

La variabilidad en la práctica clínica varía entre los centros médicos y algunos pueden ser reacios a realizar resonancias magnéticas en pacientes con MP debido a los riesgos percibidos. Sin embargo, otras instituciones han establecido protocolos sólidos para realizar resonancias magnéticas de manera segura en pacientes seleccionados.

6 Bibliografía

1. <https://creu-blanca.es/blog/resonancia-magnetica-marcapasos/>
2. <https://secardiologia.es/blog/9180-resonancia-magnetica-segura-con-dispositivo-cardiaco-no-compatible>
3. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082018000300084
4. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2014_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/marcapasoscomp.pdf

Capítulo 367

EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES.

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

Este profesional puede ejercer su actividad en el sector sanitario, en organismos públicos y en empresas privadas, en unidades de oncología radioterápica, en unidades/servicios de Radiofísica Hospitalaria, en unidades técnicas de protección radiológica y en centros de investigación.

Los profesionales de técnico en radioterapia utilizan radiación para poder tratar las enfermedades, en concreto el cáncer.

Los técnicos de radioterapia son los que planifican el tratamiento y además, prestan apoyo a los pacientes.

Estos técnicos siempre van a trabajar con otros profesionales como son médicos, enfermeros, fisios y otros miembros del equipo sanitario.

En este capítulo hablaremos sobre el Técnico de Radioterapia en el tratamiento de tumores cerebrales.

Los tumores cerebrales se pueden clasificar en tumores benignos o malignos, al igual que estos pueden ser primarios o metastásicos.

Los tumores primarios son cuando se originan directamente en el cerebro, pudiendo ser malignos o benignos. En el caso de los tumores benignos, estos no contienen células cancerosas y generalmente tienen un crecimiento lento, de lo contrario los tumores malignos son células cancerosas que crecen con mayor rapidez. Los tumores metastásicos son aquellas que se originan en otro órgano o parte del cuerpo diseminándose hasta el cerebro, y considerándose así como un tumor maligno

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo consiste en realizar una revisión bibliográfica sobre el profesional de Técnico de Radioterapia en el tratamiento de tumores cerebrales

3 Metodología

Como preparación para este estudio, se realizó un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se seleccionaron artículos científicos con contenido relevante para el área de investigación mediante la referencia de artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El tipo de tumor viene determinado por el tipo de célula del que se compone, estas células pueden ser: células ependimales, oligodendrocitos, astrocitos o microgliales.

Algunos de los tumores benignos que podemos encontrar son: meningiomas es el más común, tumores de células germinativas más común en niños, el neuroma del acústico, tumores pituitarios...

Algunos de los tumores malignos son: Gliomas (astrocitoma, glioblastoma más común, oligodendroglioma, ependimoma), carcinoma del plexo coroideo más común en niños, meduloblastoma más común en niños,

Técnicas de radioterapia empleadas en el tratamiento de tumores cerebrales.

Las técnicas de radioterapia empleadas pueden ser las siguientes:

- Radiocirugía se trata de una técnica que emplea altas dosis en una sesión con el uso de microcolimadores. Se realiza a través de un equipo llamado Gammaknife.

Puede requerir el uso de inmovilizadores invasivos, pero no requiere de hospitalización. Se emplea para metástasis con tumores menores a 3 cm, recidivas, neurinomas del acústico...

- Radioterapia estereotáxica fraccionada, se trata de una técnica que utiliza altas dosis en varias sesiones. Emplea inmovilizadores no invasivos, y se utiliza cuando el tumor es mayor de 3 cm. El equipo empleado es el ciberknife.
- Radioterapia de Intensidad modulada (IMRT), esta técnica proporciona mayor dosis al tumor, limitando y reduciendo esta en los órganos de riesgo. Se recomienda para el meduloblastoma o ependimomas.
- Arcoterapia volumétrica de intensidad modulada: Permite adaptar la dosis a la geometría del tumor, disminuyendo esta en los tejidos sanos.

Para todos estos tipos de técnica se emplea siempre la radioterapia guiada por la imagen o IGRT, esta permite tomar imágenes antes o durante el tratamiento, para verificar el correcto posicionamiento y garantizar la precisión de la dosis sobre el tumor.

Efectos secundarios de la radioterapia en el tumor cerebral.

Podemos diferenciar diferentes efectos dependiendo de la aparición y gravedad de los mismos. En cuanto a los efectos agudos pueden ser cefaleas, alopecia o prurito, estos pueden provocar el síndrome del Lhermitte (parestias)

Mientras que los efectos crónicos pueden ser: radionecrosis, hipertensión intracraneal, déficit de hormonas hipofisarias, pudiendo provocar mielopatía tardía

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, decir que la radioterapia desempeña un papel importante en el tratamiento de los tumores cerebrales, y se pueden emplear diferentes técnicas, como la radiocirugía, la radioterapia estereotáxica fraccionada, la radioterapia de intensidad modulada y la arcoterapia volumétrica de intensidad modulada.

Estas técnicas requieren inmovilizadores que brinden precisión y reproducibilidad durante el tratamiento. La radioterapia puede tener efectos secundarios agudos y crónicos, que van desde cefaleas y alopecia hasta radionecrosis y déficit de hormonas hipofisarias.

Es importante tener en cuenta estos factores al abordar el tratamiento de los tumores cerebrales para garantizar la máxima eficacia y minimizar los efectos secundarios.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 368

EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA. LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE SIMULACIÓN. REVISION BIBLIOGRAFICA

ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

BEATRIZ MARIN PASTOR

1 Introducción

Los profesionales de técnico en radioterapia utilizan radiación para poder tratar las enfermedades, en concreto el cáncer.

Los técnicos de radioterapia son los que planifican el tratamiento y además, prestan apoyo a los pacientes.

Estos técnicos siempre van a trabajar con otros profesionales como son médicos, enfermeros, fisioterapeutas y otros miembros del equipo sanitario.

En este capítulo hablaremos sobre el Técnico de Radioterapia y la tomografía axial computarizada (TAC) de simulación.

En el servicio de radioterapia oncológica de un centro hospitalario se abordan todas las fases por las que transcurre un paciente oncológico de principio a fin,

desde que se le es diagnosticado por un médico, hasta que finaliza su tratamiento y se procede a un seguimiento.

Este proceso consta de varias etapas, las cuales podrían simplificarse en las siguientes; diagnóstico mediante pruebas de imagen, tratamiento, y posterior seguimiento.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo consiste en mencionar las funciones del Técnico de Radioterapia y el TAC de simulación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 dar comienzo a los resultados obtenidos haré un breve resumen del camino que recorre el paciente oncológico.

En la mayoría de las ocasiones comienza en Atención primaria, donde acude para informar a su médico de aquellos síntomas que está padeciendo, este le derivará al especialista encargado de ocuparse de aquellas patologías que puedan producir esos síntomas, por ejemplo en el caso de tener un dolor de cabeza, derivará al neurólogo.

Estos especialistas serán los encargados de pautarle diversas pruebas de imagen con las que poder obtener un diagnóstico claro, para el caso de los pacientes oncológicos, es imprescindible realizar una biopsia, así como realizar analíticas y marcadores tumorales, para no solo a cerciorarte de la existencia del tumor, sino también de su exacta localización y tamaño.

Es aquí cuando el paciente recibe la noticia de que comenzará un proceso oncológico para tratar el cáncer que le acaban de diagnosticar. Al mismo tiempo, el especialista, será el encargado de derivar el historial del paciente al Servicio de

Radioterapia oncológica, en el que un equipo multidisciplinar conformado por técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeros, médicos, radiofísicos, técnicos, etc. entre otros, serán los encargados de su tratamiento.

Cuando el paciente llega al servicio es recibido por TCAE y administrativos, estos se encargan de tomar los datos del paciente, así como de guiarle para su primera valoración médica, aquí es donde el mismo le explicará en qué consistirá su tratamiento, así como cuantas sesiones conllevara el mismo.

Después acudirá por la consulta de enfermería, donde las profesionales que la conforman explicarán al paciente las recomendaciones higiénicas y nutricionales, qué deberá de seguir durante todo su tratamiento basadas en la patología y zona que se va a tratar, además son las encargadas de realizar un seguimiento al paciente en el que recogen aquellos datos que sean de interés respecto a la toxicidad y efectos secundarios que se le puedan estar ocasionando al paciente durante su tratamiento así como tratar todos aquellos para los que estén cualificadas.

Por último, antes del tratamiento se da paso al TAC de simulación, el técnico de radioterapia y dosimetría valorará y decidirá cuál es la mejor posición que debe tener el paciente en cada sesión, esta posición deberá ser lo más accesible a la radiación minimizando el riesgo de los órganos circundantes, pero sin olvidar que tiene que ser lo más cómoda posible para el paciente ya que tendrá que ser repetida con exactitud en todas las sesiones de tratamiento a las que será sometido el paciente

5 Discusión-Conclusión

Profesionalidad, tecnología y empatía.

Se concluye este capítulo con esas tres palabras que me parecen claves en el tratamiento de un paciente oncológico, se necesita en primer lugar un equipo de profesionales multidisciplinarios que estén dispuestos a poner en juego todos sus conocimientos para que el paciente reciba el mejor tratamiento posible, pero muchas veces aunque se posea ese conocimiento se ve limitado por los recursos ya sea o porque no sean accesibles por su elevado coste económico o porque no sean lo suficientemente punteros, ya que en este caso en cuanto a tecnología hablamos es de suma importancia ser pioneros, ya que depende en su gran mayoría la eficacia del tratamiento de la misma.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 369

EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE ENDOMETRIO

BEATRIZ MARIN PASTOR

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO

1 Introducción

El cáncer de útero es el más frecuente de todos los tumores malignos ginecológicos. Suele darse en mujeres entre los 60 y 70 años. Habitualmente se suele diagnosticar en estadios iniciales. La clínica más frecuente es el sangrado vaginal. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma endometriode. Cada año se diagnosticar alrededor de 39080 casos nuevos, aunque con gran frecuencia (75%) el diagnóstico se establece cuando la neoplasia está circunscrita al cuerpo del útero, por lo que muchos tumores se pueden curar. Las 7400 muertes anuales que causa el cáncer de útero significan que este tumor ocupe sólo el séptimo lugar como causa de muerte por cáncer en las mujeres.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en radioterapia ante las pacientes con cáncer de útero.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 radioterapia se utiliza de forma habitual como tratamiento adyuvante tras histerectomía y doble anexectomía en el carcinoma de endometrio. Solo en aquellas pacientes que son clínicamente inoperables, se plantea la radioterapia como tratamiento exclusivo.

En estadios avanzados la radioterapia adyuvante tras la cirugía se ha convertido en terapia vinculada a esta y ha demostrado mejorar el pronóstico de las pacientes en relación con la reducción de las tasas de recidiva.

El estadiaje quirúrgico constituye a su vez el tratamiento de elección. En los casos en que no se realice cirugía o las pacientes sean tratadas inicialmente con radioterapia externa, la estadificación debe ser clínica. La cirugía es considerada en la actualidad el tratamiento más importante para el cáncer endometrial en la mayoría de las pacientes y el tratamiento inicial tanto para carcinomas localizados como para avanzados.

En estadio I la radioterapia externa mejora el control pélvico, pero no ha demostrado aumentar la supervivencia. Además, no hay estudios que comparen en estadio I, la radioterapia adyuvante externa frente a la braquiterapia intracavitaria. En los estadios avanzados III y IV, las opciones de tratamiento se encuentran en evaluación clínica, no existiendo un tratamiento estándar evidente.

Según los factores de riesgo se valorará una opción u otra de radioterapia. En estadios avanzados, con ganglios pélvicos positivos, la radioterapia pélvica aumenta la supervivencia libre de enfermedad del 57% al 72%. En caso de ganglios paraórticos positivos, la radioterapia postoperatoria mejora la media de supervivencia de 27 a 43 meses.

En estadios IV con afectación metastásica a distancia el tratamiento de elección sería: tratamiento hormonal con progestágenos y quimioterapia paliativa.

Para los tumores ginecológicos, el tipo de braquiterapia más usado es la intracavitaria, que aprovecha las cavidades naturales del aparato genital femenino a través de unos aplicadores metálicos, dentro de los que se introduce la fuente radioactiva.

5 Discusión-Conclusión

El estadiaje quirúrgico constituye a su vez el tratamiento de elección.

En estadios iniciales y tumores operables se realiza una cirugía radical y un tratamiento radioterápico postoperatorio de radioterapia externa y/o braquiterapia.

En estadios avanzados y tumores operables se realiza una cirugía radical y una radioterapia postoperatoria que incluye radioterapia externa y braquiterapia.

En caso de tumores no operables se tratará con radioterapia radical.

Es posible disminuir el riesgo de padecer esta dolencia evitando la terapia hormonal sustitutiva solo con estrógenos, manteniendo un peso saludable, ejercicio físico diario y un control exhaustivo por un ginecólogo en caso de que haya antecedentes familiares, factores de riesgo o sangrado vaginal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 370

FUNCIONAMIENTO Y APLICACIÓN DEL MALDI-TOF EN MICROBIOLOGÍA

LUCÍA PINTADO DEL RÍO

1 Introducción

Los análisis realizados por el MALDI-TOF (siglas de Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization Time of Flight o ionización-desorción láser asistida por matriz) se han convertido en un avance importante en el mundo de la microbiología. Este procedimiento ha revolucionado la forma tradicional de identificar los microorganismos, siendo esta ahora una alternativa rápida, eficaz y precisa.

El MALDI-TOF consiste en la medición de la masa de las moléculas presentes en una muestra. Se ionizan las moléculas mediante un láser ultravioleta de matriz y se procede al análisis de tiempo de vuelo en un espectrómetro de masas, finalmente se obtiene el espectro que representan las proteínas que contiene el microorganismo; esto se consigue comparando el espectro con una base de datos de espectros de referencia previamente catalogados. Es tan preciso que distingue género y especie de manera rápida y sencilla.

Antes de este innovador aparato, el método de identificación de microorganismos se realizaba mediante el API, que son sistemas miniaturizados rápidos que identifican los microorganismos mediante pruebas bioquímicas a las que cada organismo reacciona de una manera diferente y así podíamos catalogarlos. Se trata de un dispositivo plástico que contiene microtubos que contienen diferentes medios de cultivo deshidratados en dónde se deposita la muestra. Al sembrarse, el color del cultivo cambiará según sea positivo o negativo.

2 Objetivos

- Comprender el funcionamiento del MALDI-TOF y sus ventajas hoy día
- Exponer el papel que cumple el técnico de laboratorio a la hora de preparar la muestra y ser preciso para obtener unos buenos resultados

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha realizado la búsqueda de datos a través de revisiones bibliográficas de libros científicos relacionados con el tema, y otras consultas las he realizado en páginas como SEQC, y Microbiología clínica, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El procedimiento que sigue el técnico de laboratorio para obtener los resultados es el siguiente:

1. Se escoge la colonia del cultivo que se quiere estudiar
2. Se deposita en una placa metálica (que contiene 96 pocillos para más muestras) y se deja secar durante un par de minutos.
3. Una vez seca la muestra, se le echa la matriz (absorbe la muestra y ayuda a la lectura a la transmisión al láser) y se deja secar.
4. Se introduce en el MALDI-TOF
5. Dentro se procede al análisis, a la ionización y desorción de las proteínas mediante un láser ultravioleta.
6. Los iones generados en el anterior paso se aceleran por un campo eléctrico y pasan a través del TOF (los iones se separan según su masa/carga y viajan a diferentes velocidades en el tubo de vuelo).
7. Los iones atraviesan el tubo de vuelo y miden lo que tardan de principio a fin. El tiempo determina la relación masa/carga de cada ion presente en la muestra.
8. Se realiza un análisis de la masa exacta de los iones y se genera el espectro de masas.
9. El espectro de masas es comparado con la base de datos que contiene el MALDI-TOF de microorganismos conocidos. Se identifica el microorganismo presente en la muestra.

Para garantizar unos resultados precisos y confiables, el técnico debe de asegurarse que tanto la recogida de la muestra en el medio de cultivo como del correcto

secado de la matriz se ha realizado correctamente, sino puede que el análisis no se pueda completar y se retrase la obtención de los resultados.

Luego de utilizar todos los pocillos de la placa, se debe de limpiar con metanol y retirar con un papel, se enjuaga con agua, y se vuelve a pasar papel.

5 Discusión-Conclusión

El MALDI-TOF ha revolucionado la microbiología al ofrecer una alternativa rápida, precisa y eficiente para la identificación de microorganismos. Su aplicación ha mejorado significativamente el diagnóstico y el control de infecciones, permitiendo una atención médica más efectiva y una respuesta más rápida a los brotes epidemiológicos. Esta tecnología ha acortado los tiempos de diagnóstico, permitiendo una respuesta más rápida a las enfermedades infecciosas, reduciendo los costes de atención médica y mejorando la gestión de infecciones hospitalarias. También ha revolucionado la investigación microbiológica ya que utilizan el MALDI-TOF para estudiar la diversidad microbiana y así entender mejor la ecología de los microorganismos.

6 Bibliografía

- 1- Aplicaciones del MALDI-TOF en el laboratorio de microbiología [Internet] [Citado 24 sep. 23]. Disponible en: <https://www.seqc.es/download/tema/3/2773/7982539/2019279/cms/tema-8-aplicaciones-del-maldi-tof-en-el-laboratorio-de-microbiologia.pdf/>
- 2- Espectrometría de masas MALDI-TOF en el diagnóstico microbiológico [Internet] [Citado 24 sep. 23]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/espectrometria-de-masas-maldi-tof-en-el-diagnostico-microbiologico/#::text=La%20espectrometr%C3%ADa%20de%20masas%20MALDI%2D%20TOF%20es%20un%20m%C3%A9todo%20de,en%20muestras%20de%20inter%C3%A9s%20cl%C3%ADnico>
- 3- Benito Hernández Giménez, María Teresa Corcuera Pindado, Fernando Gómez-Aguado, Pilar Domínguez López, Fernando Simón Luis, Isabel Lorenzo Luque. Microbiología clínica. Barcelona. ALTAMAR. 2016
- 4- Sistemas miniaturizados API® [Internet] [Citado 24 sep. 23]. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_farmacia/catedraMicro/10_SistemasAPI.pdf

Capítulo 371

MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA LA COVID-19

SOFÍA FERNÁNDEZ ROCES

1 Introducción

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por SARS-CoV-2, apareció por primera vez en diciembre del 2019 en China, más tarde la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que varias personas habían sido diagnosticadas días después de su descubrimiento y para el 1 de enero del 2020 ya se había establecido el cierre de algunos establecimientos.

Los síntomas varían desde los más leves hasta los que pueden enfermar gravemente, suelen aparecer de 2 a 14 días desde la exposición al virus.

Los posibles síntomas son:

- Fiebre
- Escalofríos
- Tos
- Falta de aire
- Dolor muscular
- Dolor de cabeza
- Moqueo
- Diarrea
- Vómitos
- Pérdida de olfato

Los síntomas pueden cambiar según la persona y según el estado de vacunación.

Los síntomas pueden ir variando en función de la edad y de si tienen enfermedades o no.

Ante esta realidad, y al ver la imposibilidad de que el sistema de salud no es capaz de albergar a todos los pacientes contagiados, es urgente empezar a informar a la población que no solo sepa las medidas de prevención, sino que también conozca de manera científica el porqué de este virus y así concienciar de tal manera que la prevención puede salvar las vidas de cualquier persona.

2 Objetivos

- Exponer las medidas de prevención del Covid-19.

3 Metodología

Los parámetros expuestos en esta publicación son extraídos de los conocimientos personales adquiridos en la formación profesional académica y mediante una búsqueda de publicaciones registradas en las bases de datos: Scielo y PubMed utilizando palabras clave como "virus", "contagio" y "COVID-19".

4 Resultados

Las medidas preventivas más comunes para no contagiarse del virus son:

- Lavarse con frecuencia las manos
- Cubrirse la boca y la nariz al toser
- Mantener una distancia de al menos un metro
- Evitar cualquier contacto de la mano con la cara
- Usar mascarilla

Las personas ya contagiadas, se les recomienda que se queden en casa o en caso de empeoramiento recibir atención médica.

Existen varias publicaciones con resultados que registran información sobre la prevención del COVID-19, se agrupan en varios temas:

- Uso de mascarilla: se evita el contagio con el entorno, también favorece a que no se toque la boca o la nariz. La mayoría aprueba la eficiencia de las mascarillas quirúrgicas.
- Lavado de manos: Es la parte más expuesta, y la cual siempre está en contacto con superficies, y es muy fácil contaminarse.

Durante el lavado el jabón penetra en la capa exterior del virus, acabando con él por completo, debido a que pierde su ARN, esto también sirve con el alcohol

- Distanciamiento físico: si mantienes la distancia con las demás personas, evitas que las gotitas que se pueden expulsar por la boca puedan en cualquier superficie y contagiarse, por lo que mantener una distancia de al menos un metro, permite una reducción de infección.
- Uso de pantallas faciales: son recomendaciones secundarias, pero tiene la finalidad de proteger la mayor parte del rostro. Suelen ser reutilizables y la pantalla está compuesta de policloruro de vinilo (PVC) transparente, para obtener una buena visibilidad.
- Limpieza de calzado: puede ser una fuente de contagio, aunque no se considera foco de infección.
- Vacunas: una vez que se haya recibido todas las dosis necesarias, es posible todavía transmitir la enfermedad, aunque las posibilidades quedan muy reducidas. Tienen muy poco porcentaje de fallo en proporción a la gente ya vacunada. Se recomienda a la población que aunque esté vacunada siga realizando las medidas de prevención para que se siga evitando el contagio, especialmente en la gente de mayor edad, inmunodeprimidos y los más vulnerables. Todas estas precauciones llegarían a su fin una vez que se notifique de manera oficial que la pandemia ha acabado.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las innumerables muertes provocadas por el virus COVID-19, es importante realizar una adecuada higiene general, aunque hayas recibido el número de dosis adecuadas porque aún sigue habiendo un gran número de pacientes asintomáticos no detectados y esto puede provocar nuevamente un gran número de contagios.

La responsabilidad de salvaguardar la vida está en mano de nosotros mismos, siendo necesario que los profesionales de la salud conozcan todas las barreras de protección posible para minimizar al máximo el riesgo de contagio y de transmisión del virus COVID-19 de persona a persona en espacios reducidos o con aglomeraciones de gente.

6 Bibliografía

1. Bases de datos: Scielo y PubMed.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100188.

3. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.

Capítulo 372

RESIDUOS SANITARIOS

SARA ANTUÑA FONSECA

1 Introducción

Se denominan residuos sanitarios a aquellos producidos por cualquier instalación o servicio donde se realicen procedimientos médicos. Debido a su uso principalmente en tratamientos clínicos, algunos de estos desechos están contaminados con materiales biológicos.

Las distintas categorías de los residuos sanitarios son:

- Residuos similares a los que se encuentran en las ciudades.
- Residuos sanitarios no específicos.
- Residuos sanitarios específicos (materiales infecciosos, fluidos corporales, vacunas).
- Residuos sanitarios especiales (químicos, citotóxicos, medicamentos, restos anatómicos).
- Equipos inactivos.

Es importante señalar que el material médico sólo debe considerarse residuo una vez que se desecha porque su manejo o utilidad clínica se ha agotado por completo.

Dado que puede liberar al medio ambiente algunas sustancias que son dañinas para los organismos vivos, es fundamental una gestión adecuada de los residuos sanitarios, especialmente los peligrosos.

Los Residuos Biosanitarios son esterilizados, luego se trituran y se arrojan a un vertedero. Dependiendo de sus características, los residuos químicos son sometidos

dos a diversos tratamientos. Y en el caso de los residuos radiactivos, el manejo de estos depende de la compañía responsable de ellos.

El conjunto de procedimientos destinados a dar a los residuos médicos el mejor tratamiento posible a la vista de sus especificidades se considera gestión.

Los responsables de su generación separan los residuos sanitarios y los depositan en contenedores autorizados.

Por ejemplo, deberían ser impermeables, no emitir emisiones tóxicas y ser opacos.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes tipos de residuos sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una investigación mediante la revisión bibliográfica de libros académicos relacionados con los Residuos Sanitarios, artículos en Google Académico relacionados con la publicación, manuales, leyes y guías que han ayudado a la realización de éste capítulo.

4 Resultados

La clasificación de los residuos sanitarios incluye los siguientes.

Hay 5 categorías principales en las que se pueden dividir:

NO PELIGROSOS:

-GRUPO I: Residuos generales similares a los domésticos, estos son residuos producidos fuera de las actividades sanitarias y no requieren un manejo especial. Ni dentro del hospital ni fuera de él suponen ningún riesgo.

-GRUPO II: Residuos sanitarios similares a los domésticos, estos se entiende por residuos producidos como consecuencia de la actividad asistencial o de investigación, los cuales no se incluyen entre los considerados residuos peligrosos para la salud. Estos desechos deben manejarse de manera diferente a los desechos del grupo I dentro del hospital para reducir los riesgos para la seguridad del personal. Sin embargo, fuera del hospital, al no ser residuos peligrosos para el medio

ambiente, se tratan de forma similar a los residuos domésticos. A la hora de manipularlos, recogerlos, almacenarlos y transportarlos debemos tener precaución. Al desecharlos se hará en recipientes cerrados y en bolsas más resistentes que las normales.

PELIGROSOS:

- GRUPO III: Residuos peligrosos de origen para la salud, en esta categoría se incluye los residuos que se crean como resultado de la prestación de servicios médicos, representan un riesgo para el medio ambiente o para los trabajadores, representando una amenaza para ambos; tanto en el interior como el exterior del hospital.

Hay tres categorías de este tipo de residuos:

A. Desechos biológicos que son peligrosos.

B. Fármacos que son citotóxicos o citostáticos en sus residuos.

C. Desechos de productos químicos peligrosos.

- GRUPO IV: Residuos peligrosos no sanitarios. En los centros sanitarios también se producen otros residuos que, son peligrosos porque pueden poner en peligro a las personas o al medio ambiente; como son baterías, equipos eléctricos usados.

RADIATIVOS:

-GRUPO V: Residuos radiactivos. Tanto con fines diagnósticos como terapéuticos, los hospitales tratan con gran cantidad de productos radiactivos. Dado que estos residuos emiten radiación, se debe extremar la precaución en su manipulación y embalaje.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos se separan en función de los grupos a los que pertenecen.

Existen contenedores particulares que permiten un manejo, almacenamiento y transporte seguro dependiendo de cada tipo o grupo.

A excepción de los residuos del grupo III (residuos peligrosos de origen sanitario), cuya frecuencia de recogida debe ser de 48 a 72 horas, el periodo de almacenamiento de residuos peligrosos en instalaciones hospitalarias no podrá exceder de seis meses.

Se requiere realizar un seguimiento de la cantidad y tipo de residuos produci-

dos, así como de su entrega a gestores autorizados, de acuerdo con las leyes que regulan el control y seguimiento de residuos.

Para eliminar los residuos, estos deben procesarse de manera que el producto final sea inofensivo o, al menos, tenga los menores efectos negativos tanto para las personas como para el medio ambiente.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. Manual básico de gestión de residuos sanitarios (SESPA).
3. www.gobiernodecanarias.org.
4. www.ecologiaverde.com.
5. www.unep.org.

Capítulo 373

CARACTERÍSTICAS Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

1 Introducción

Todo Sistema Sanitario se organiza en torno a dos niveles o ámbitos de actuación diferenciados que son:

- La Atención Primaria.
- La Atención Especializada.

La definición de Atención Primaria de Salud ha sido definida en multitud de ocasiones, y sometida a distintas interpretaciones según la época y ámbito geográfico.

Podemos decir que la Atención Primaria de es una visión de la salud universal, es decir, que incluye a toda la población, y que pretende proporcionar el mayor nivel de salud y bienestar posible. Se trata de una atención integral y continuada, que comprende actividades como la prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, investigación, docencia etc. Se trata de acercar a los ciudadanos estos servicios.

La Atención Primaria de Salud supone una piedra angular para el sistema sanitario, cuando su funcionamiento es eficaz y hay una red que da cobertura suficiente a la población, se produce una disminución de la demanda de los servicios especializados, sin embargo, cuando en la Atención Primaria de Salud se producen retrasos en las citas con el médico de familia, los pacientes colapsan las urgencias hospitalarias con problemas de salud que no revisten gravedad. Es por tanto de gran importancia dotar a la Atención Primaria de Salud de los medios materiales y económicos necesarios para su correcto funcionamiento, evitando así la utilización de recursos más especializados y costosos sin ser realmente necesarios.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los Centros de Atención Primaria y su importancia para el funcionamiento de los mismos.

2 Objetivos

- Describir la estructura de los Centros de Atención Primaria.
- Enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los Centros de Atención Primaria: Centros de Salud.

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”, “Atención Primaria”, “Centro de Salud” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas re-

visadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La Atención Primaria de Salud como hemos visto constituye el primer nivel asistencial de todo sistema sanitario. Presta a una atención universal a toda la población, integral, es decir, en todas las facetas de su vida y continuada, durante toda su vida.

El buen funcionamiento de la Atención Primaria es fundamental para todo sistema sanitario, pues evitamos enviar a niveles superiores, patologías que pueden ser solucionadas o prevenidas en ciclos iniciales, con el consiguiente ahorro económico en recursos y personal. Por ello es importante dotar a las estructuras de Atención Primaria de presupuesto económico y personal suficiente para desarrollar su labor correctamente.

Los Centros de Salud y Consultorios Locales son las estructuras físicas donde se presta la Atención Primaria de Salud. En ellos trabaja un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, celadores etc. todos ellos dirigidos por un Coordinador que desarrollan un trabajo en equipo y en contacto permanente con los especialistas médicos del hospital para ofrecer una atención de calidad a toda la población en su zona de influencia.

Seguidamente vamos a enumerar las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en los Centros de Salud:

- Se ocuparán de la atención telefónica tanto de las llamadas internas, como de las externas.
- Darán cita con los diferentes facultativos del centro.
- Citarán las analíticas.
- Citarán las citas de especialistas que sean prescritas por el médico de familia, siguiendo las indicaciones del volante de citación.
- Proporcionarán información, resolverán dudas y preguntas de los usuarios.
- Realizarán las propuestas de tarjeta sanitaria, para luego enviarlas al servicio de tarjeta sanitaria del hospital para su revisión y emisión.
- Proporcionarán la documentación necesaria para la realización de cambios de médico de Atención Primaria y de Hospital de referencia, ayudando al paciente en su cumplimentación y registrando la solicitud.

- Realizarán las tareas de archivo.
- Enviarán a la Inspección Médica las recetas que así lo requieran para su autorización.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto la Atención Primaria de Salud es fundamental para los sistemas sanitarios de todo el mundo, permite la detección de los problemas de salud en las primeras fases y hace el tratamiento menos costoso y agresivo para el paciente, pudiéndose evitar muchas derivaciones a la Atención Especializada, Constituye en definitiva la puerta principal de todo servicio de salud.

Las funciones del auxiliar administrativo en las Centros de Atención Primaria y Consultorios Locales es de gran importancia, pues dan cobertura administrativa a todo el personal y son la primera cara visible para el usuario de los servicios de salud por lo que debe contar entre sus cualidades con capacidades comunicativas, empatía y tolerancia en su trato con los pacientes, familiares y acompañantes.

6 Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Organizacion_General_de_la_AP_2010.pdf
2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria/>
3. <https://congresosicepa.com/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad/>

Capítulo 374

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

1 Introducción

Las organizaciones sanitarias cada vez más complejas, se ven sometidas al cumplimiento de toda la normativa legal respecto a las actividades que realizan. Entre esta normativa nos encontramos las leyes referentes a la protección de datos. Los datos sanitarios pertenecen a una categoría especialmente sensible por tratarse de datos clínicos y están protegidos de una manera más reforzada. En este sentido el servicio de archivo en el ámbito hospitalario, es el encargado de custodiar, conservar, mantener y en definitiva gestionar todo lo relacionado con la Historia Clínica de los pacientes.

La unidad o área de archivo está integrada en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, como parte del mismo da cobertura al resto de secciones administrativas y asistenciales del centro sanitario.

También existen archivos en los Centros de Atención Primaria: los Centros de Salud que gestionan la documentación generada por el paciente en ese nivel de atención.

En el presente capítulo vamos a reseñar la importancia de la unidad de Archivo para el desarrollo de la actividad no solo asistencial, sino también de investigación y docencia. En esta unidad trabajan varios auxiliares administrativos, celadores etc. bajo la supervisión de un Jefe de Servicio, que organiza el funcionamiento de la unidad.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de Archivo.
- Enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de Archivo en el ámbito hospitalario.

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”, “archivo”, “historia clínica” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La 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, regula las obligaciones de los centros sanitarios respecto a la conservación, mantenimiento, custodia etc. de la documentación sanitaria. En este sentido la Historia Clínica se define como el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones, informaciones, sobre el estado y evolución de un paciente durante el proceso asistencial

La Historia Clínica cumple las siguientes funciones:

- Asistencial.
- Docente.
- Investigación.
- Gestión sanitaria.
- Jurídico-legal.

Podemos distinguir entre:

- La Historia Clínica en Atención Primaria muy distinta a la hospitalaria, pues la atención que se presta en los Centros de Atención Primaria es muy diferente a la prestada en los hospitales. No existe un modelo unificado común a todas las Comunidades Autónomas, pero si criterios coincidentes.

La Historia Clínica hospitalaria es más compleja pues debe recoger toda la información que generan las diferentes especialidades por las que es tratado el paciente y donde intervienen multitud de facultativos.

El Archivo se encargará de proporcionar a los distintos servicios las Historias Clínicas de los pacientes.

A continuación vamos a enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de Archivo en el ámbito hospitalario:

- Será el encargado de preparar todas las historias demandas por las distintas consultas externas del hospital.
- Realizará el préstamo de las historias clínicas a los servicios o unidades correspondientes.
- Cuando un servicio médico solicite un listado de historias clínicas será el encargado de prepararlas y prestarlas.
- Digitalizará determinados documentos y los incluirá en el programa informático de la institución.
- Será el encargado de fusionar las historias clínicas de un paciente cuando éstas estén duplicadas, siempre previa comprobación de la exactitud de los datos.

- Cuando las historias clínicas sean devueltas al archivo será el encargado de recuperarlas informáticamente.
- Repondrá el sobre de la historia clínica cuando este muy deteriorado.

5 Discusión-Conclusión

Los datos sanitarios contenidos en la Historia Clínica de los pacientes están especialmente protegidos por la Ley de Protección de Datos, por lo que todos los centros sanitarios deben adoptar las medidas necesarias para el cumplimiento de la normativa legal, enfrentándose a graves consecuencias si se produce cualquier negligencia y se difunde este tipo de información.

El auxiliar administrativo que presta sus servicios en archivo debe ser consciente de la importancia de la información que maneja y poner la máxima diligencia en su trabajo, evitando posibles extravíos y controlando en todo momento la ubicación de la historia clínica del paciente.

Estará continuamente en contacto con el resto de servicios hospitalarios y atenderá de inmediato sus peticiones.

6 Bibliografía

1. https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/oad_unidad_cast.pdf
2. <https://revistamedica.com/labores-auxiliar-administrativo-archivos-hospital/>
3. <https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/como-encontrar-empleo/auxiliar-administrativo-salud>

Capítulo 375

COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

1 Introducción

Podemos definir lista de espera quirúrgica como el registro de pacientes que, en un momento dado, están pendientes de una intervención quirúrgica programada, no urgente, que ha sido aceptada por el paciente, y para cuya realización se ha previsto la utilización de un quirófano. Están incluidas las intervenciones que precisan ingreso y las ambulatorias.

El personal que trabaja en el Servicio de Lista de Espera Quirúrgica o Programación Quirúrgica tiene la función de avisar a los pacientes telefónicamente de la fecha y hora de su intervención, e indicarles los documentos que deben aportar.

En este servicio trabajan coordinadamente los auxiliares administrativos junto con los médicos del servicio de Admisión. Una vez recibida la programación de

un quirófano por parte del Jefe de Servicio de una especialidad determinada el auxiliar administrativo se encargará de montar el quirófano con el número de pacientes y procedimiento quirúrgico indicados.

Como puede deducirse es muy importante mantener este registro de pacientes pendientes de intervención actualizado, pues de ello depende el buen funcionamiento del servicio y la reducción en lo posible de los tiempos de espera para ser intervenido.

Dependiendo de las especialidades los tiempos de espera variarán, siendo trauma una de las más solicitadas y por ello sus tiempos de espera mayores.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del servicio de Lista de Espera Quirúrgica.
- Enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en dicha unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “lista de espera quirúrgica” ”quirófano”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

Como hemos visto la unidad de Programación Quirúrgica se encarga de centralizar y mantener actualizado el registro de pacientes que están esperando una intervención quirúrgica.

El protocolo es el siguiente: desde las distintas especialidades del hospital cada Jefe de Servicio remitirá las partes de quirófano, con indicación del número de pacientes a programar, así como el procedimiento o técnica quirúrgica a desarrollar. Con este parte los auxiliares administrativos se encargarán de seleccionar los pacientes de la Lista de Espera Quirúrgica que cumplan estos requisitos y lleven mayor tiempo incluidos en la misma y programar un quirófano.

También se ocupará el auxiliar administrativo de avisar a los pacientes y confirmar su aceptación, para posteriormente enviar los partes de quirófano al servicio de admisión de hospitalización para que éste proceda a la reserva de una cama hospitalaria para el día y la especialidad señalada.

Seguidamente vamos a enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de Lista de Espera Quirúrgica.

- Gestión de las intervenciones programadas de los servicios quirúrgicos.
- Planificación semanal y mensual de los quirófanos asignados.
- Inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica.
- Mantenimiento y actualización de la Lista de Espera Quirúrgica.
- Coordinación y evaluación del proceso asistencial.
- Avisar a los pacientes programados para una intervención del día y hora de ingreso, así como de la documentación necesaria para su admisión.
- Derivación de pacientes a otros centros sanitarios concertados para la realización de determinadas cirugías.
- Informar a los pacientes sobre su situación en la lista de espera.

Como podemos observar por lo anteriormente descrito las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de Lista de Espera Quirúrgica son de gran importancia para la gestión de la actividad quirúrgica de la institución sanitaria, dependiendo de esta unidad ofrecer un servicio eficiente y eficaz, que evite demoras excesivas o innecesarias.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales que trabajan en la unidad de Lista de Espera Quirúrgica son responsables de la correcta gestión de la programación quirúrgica de la institución sanitaria, de su trabajo depende un servicio muy importante del hospital como son los quirófanos, su funcionamiento y evitar huecos de programación que provocan retrasos innecesarios y falta de eficiencia en la gestión de los recursos personales y materiales.

El auxiliar administrativo de lista de espera tendrá que estar en permanente contacto con el resto de profesionales sanitarios y coordinar sus esfuerzos para con-

seguir los mejores resultado para la institución y reducir los tiempos de espera para una intervención, respetando la Ley de Garantía de Demora.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>
2. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-11266-consolidado.pdf>

Capítulo 376

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EL SÍNDROME DE BURNOUT

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

RAQUEL MAROTO SEVILLA

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

JULIA MARIA MORENO PECO

REBECA CORREDERA MARTÍN

1 Introducción

El concepto de trabajo y trabajar ocupa gran parte de nuestro tiempo a lo largo de nuestra vida porque alrededor de unos veinte años de forma continuada es lo que el ser humano dedica a trabajar.

Es muy importante tener en cuenta las condiciones laborales en las que el auxiliar administrativo al desarrollar sus funciones debe tener un ambiente laboral que es vital para que la calidad de vida del trabajador no se vea perjudicado por el ambiente de trabajo.

El síndrome de burnout del auxiliar administrativo de la sanidad va a provocar en el auxiliar administrativo cansancio emocional, despersonalización y pérdida del sentimiento de realización personal.

A este síndrome se le pone nombre a finales del siglo pasado provocando un

estrés que se cronifica y se instaura en el profesional y en su vida, en este caso en el auxiliar administrativo que ejerce sus funciones en el mundo de la sanidad.

Este síndrome psicológico con signos físicos que son reconocidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud que entró en vigor el uno de enero de dos mil veintidós. De forma general se observa una evaluación negativa por parte de uno mismo y un bajo desempeño en el trabajo por el estado de insatisfacción.

2 Objetivos

Analizar a través de un caso clínico el síndrome de burnout de los auxiliares administrativo en los servicios de salud públicos.

Como objetivo secundario se trata de mostrar las habilidades que debe tener un auxiliar administrativo para hacer frente al síndrome de burnout.

3 Caso clínico

Un auxiliar administrativo de 37 años que lleva varios ejerciendo sus funciones en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de una gran capital.

Ejerce sus funciones de atención sanitaria que son:

- Atender a los usuarios y pacientes que llegan al punto de acceso de las urgencias.
- Cubre en muchas ocasiones varios turnos ante la incapacidad laboral de los compañeros con lo que no realiza los descansos oportunos.

Durante varios días, ha observado que tiene despertares por la noche con cierto grado de ansiedad con ello no duerme las horas establecidas con lo que va mostrando en su puesto de trabajo cierto grado de irascibilidad en la atención a las personas que acuden a las urgencias sanitarias.

Recibe órdenes múltiples y ambiguas que llegar a provocar que su rol se ejerce como un medio de atención a los usuarios y los pacientes. Este sentimiento de ambigüedad se ve reflejado en su labor diaria.

Poco a poco, ante las dificultades y la falta de atención del auxiliar administrativo en su puesto de trabajo va a ir generando conflictos y problemas tanto laborales

como personales entre sus compañeros de trabajo por su sentimiento de insatisfacción laboral.

Finalmente, este trabajador de la sanidad presenta agotamiento emocional, deshumanización y baja realización personal y laboral.

Para evitar que la situación de estrés de mantenga en este auxiliar administrativo acude a los servicios de medicina preventiva que le ofrecen una serie de herramientas para hacer frente al estrés que está sufriendo y que puede llegar a provocar la baja laboral:

- Herramientas para tener la capacidad de priorizar y organizar la jornada laboral.
- Tener claro que es lo que se puede conseguir y lo tome como una meta.
- La autoexigencia es positiva, pero debe reconocer donde se encuentra el límite.
- Realizar técnicas de autorrelajación en los cursos que se ofrecen para los trabajadores de la sanidad en el centro sanitario.
- Crear un buen ambiente de trabajo entre los auxiliares administrativos del servicio de urgencias con sesiones y grupos de discusión para plantear objetivos y metas.
- Invitarle a disfrutar de su tiempo libre con familiares y amigos.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el auxiliar administrativo en los servicios de salud tiene un contacto directo con los usuarios y los pacientes que en muchos casos por el trato con la persona conlleva una sobrecarga mental que va a afectar a su vida cotidiana.

Por lo tanto, se debe fomentar una motivación positiva a la hora de desarrollar nuestro trabajo de tal manera que facilita su salud física y psíquica para ejercer sus funciones sin sobrecarga mental que provoca el síndrome de burnout.

Por último, como profesionales de la sanidad debemos ser capaces de identificar los síntomas primeros para ser capaces de poder mitigar los factores y hacer frente al síndrome antes de que se desarrolle.

5 Bibliografía

1. Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. Ciencia y trabajo, 11

2. Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid.
3. Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout.

Capítulo 377

LA ASERTIVIDAD DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

IRENE BORRELL PANDURO

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

1 Introducción

La asertividad, en el contexto de la interacción médico-paciente, emerge como un elemento vital para una atención médica efectiva y satisfactoria. Este enfoque comunicativo se erige sobre los pilares de la claridad, la empatía y el respeto, permitiendo a los profesionales de la salud expresar sus opiniones y necesidades de manera franca y respetuosa, mientras consideran las preocupaciones y perspectivas del paciente. En un entorno donde la comunicación es la base del diagnóstico, el tratamiento y el apoyo emocional, la asertividad surge como un vehículo fundamental para fomentar relaciones de confianza y colaboración. Este enfoque busca equilibrar la autoridad médica con la participación activa del paciente, empoderando al individuo en su propio cuidado y creando una alianza terapéutica sólida. A través de una comunicación asertiva, los profesionales de la salud pueden brindar información clara y comprensible, promover la toma de decisiones compartida y demostrar empatía hacia las inquietudes del paciente.

Este enfoque se traduce en una atención más personalizada, en la que el paciente se siente valorado y parte integral del proceso médico. Sin embargo, la asertividad no solo beneficia al paciente; también facilita el cumplimiento de responsabilidades médicas, mejora la comunicación interna en el equipo de atención y fortalece la satisfacción laboral. En última instancia, la asertividad con el paciente trasciende más allá de una técnica comunicativa; se convierte en un fundamento para una atención médica humanizada, informada y respetuosa, enriqueciendo así tanto la experiencia del paciente como la práctica médica en su totalidad.

El objetivo de ser asertivo con el paciente es establecer una comunicación respetuosa y clara que fomente la confianza, permitiendo una atención médica informada y colaborativa. La asertividad facilita la expresión de necesidades y la toma de decisiones compartida, mejorando la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

La asertividad facilita la comunicación respetuosa, la comprensión de necesidades y la toma de decisiones conjunta, mejorando resultados médicos y la satisfacción del paciente al sentirse escuchado y empoderado en su cuidado.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la asertividad en la relación con el paciente por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La asertividad, en el contexto de la atención médica, emerge como una herramienta esencial para establecer relaciones efectivas y satisfactorias entre profesionales de la salud y pacientes. Esta habilidad comunicativa, basada en el respeto, la empatía y la claridad, desempeña un papel fundamental en la prestación

de atención médica de calidad y en la construcción de un ambiente propicio para el diagnóstico, tratamiento y apoyo emocional.

La relación entre médicos y pacientes se caracteriza por su importancia crítica. El entorno médico exige la transmisión de información precisa, la comprensión mutua y la toma de decisiones compartida. En este contexto, la asertividad se convierte en un puente que permite a los profesionales de la salud expresar sus conocimientos, opiniones y límites con confianza, al mismo tiempo que escuchan y consideran las necesidades y preocupaciones del paciente.

La asertividad, en su esencia, implica la capacidad de expresar opiniones y necesidades de manera clara, honesta y respetuosa, sin violar los derechos de los demás. En el contexto de la atención médica, esta habilidad se traduce en la capacidad del médico para explicar diagnósticos y tratamientos con precisión, facilitando así la comprensión del paciente. Al mismo tiempo, la asertividad impulsa a los profesionales a escuchar atentamente las inquietudes del paciente y considerar sus perspectivas individuales.

Un aspecto fundamental de la asertividad en la interacción con el paciente es su habilidad para establecer límites saludables. Los médicos deben ser capaces de definir claramente su disponibilidad, horarios y las expectativas realistas en cuanto a la comunicación. Esta definición de límites no solo brinda al médico el espacio necesario para llevar a cabo sus responsabilidades, sino que también empodera al paciente al mostrarles cómo pueden comunicarse efectivamente y cuándo pueden esperar respuestas.

La empatía es un componente clave de la asertividad. Los médicos deben ser capaces de ponerse en el lugar del paciente, comprender sus miedos, ansiedades y expectativas. A través de una comunicación empática, el médico puede transmitir que no solo está proporcionando tratamiento, sino también apoyo emocional. La empatía y la asertividad trabajan en conjunto para crear una experiencia de atención médica completa y humanizadora.

Además de mejorar la calidad de la comunicación, la asertividad beneficia tanto a los pacientes como a los médicos en la toma de decisiones médicas. Un médico asertivo puede discutir las opciones de tratamiento de manera transparente, explicando los posibles riesgos y beneficios. Esto permite que el paciente participe de manera informada en la toma de decisiones, fortaleciendo su sensación de control y autonomía en su propia atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En resumen la asertividad en la interacción médico-paciente se erige como un componente esencial para una atención médica de calidad. Al priorizar la comunicación respetuosa y empática, los profesionales de la salud establecen un entorno donde el paciente se siente valorado y participativo en su propio cuidado. La asertividad promueve la toma de decisiones informada, permitiendo una atención personalizada y acorde a las necesidades individuales. Además, esta habilidad fortalece la confianza y la relación médico-paciente, mejorando la adhesión al tratamiento y la satisfacción general del paciente. A medida que los profesionales médicos adoptan la asertividad, se forma una alianza terapéutica más sólida, basada en el respeto mutuo y la colaboración. Así, la asertividad no solo impacta en la calidad de la atención, sino que también enriquece la experiencia del paciente y fortalece la base misma de la práctica médica, reafirmando su compromiso con la excelencia y el bienestar del individuo.

6 Bibliografía

- 1.- <https://www.medhubandino.com>
- 2.- <https://www.quironsalud.com/es>
- 3.- <https://www.reumatologiaclinica.org>

Capítulo 378

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

JULIA MARIA MORENO PECO

1 Introducción

Existen muchos medios para atender a los usuarios del sistema salud que permite generar una serie de medios en el sistema público de salud para que puedan ejercer sus derechos y deberes en el acceso al servicio de salud siendo uno de ellos la atención telefónica que ejerce principalmente el auxiliar administrativo.

La forma de atender a los ciudadanos del servicio de salud se puede realizar de determinadas maneras:

- Presencial: Se trata de la atención de tú a tú entre el profesional y el usuario del sistema de salud.
- Telemática: Ante la revolución de los medios de comunicación se utiliza en muchas ocasiones el correo electrónico para dar citas o enviar informes médicos.
- Telefónica: Desde la pandemia del COVID- 19 este medio se ha comenzado a utilizar como prioritario para facilitar el trabajo a los profesionales sanitarios

y evitar el contacto entre los pacientes. Se facilita la reducción de las listas de espera como principal objetivo.

Todos estos medios que suele utilizar el auxiliar administrativo deben garantizar una serie de herramientas que deben garantizar la intimidad del paciente/usuario y la capacidad para poder elegir y expresar sus decisiones sobre los tratamientos, técnicas o citas que se le marcan.

De esta forma se trata de ofrecer una atención eficaz que beneficie a los usuarios del servicio de salud.

2 Objetivos

Dar a conocer la gestión de la atención en los servicios de salud del auxiliar administrativo a través de la atención telefónica.

Como objetivo secundario lograr mejorar la comunicación con los usuarios a través del uso del teléfono.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se usan palabras claves como: escucha, trato, calidad, teléfono y auxiliar administrativo.

4 Resultados

El Estatuto del Personal no Sanitario de la Seguridad Social de 1971 expone que el auxiliar administrativo ejerce una serie de funciones que tratan de ser apoyo material, ejercicio y desarrollo de las actividades administrativas de los servicios de salud.

Cuando el auxiliar administrativo ejerce la mayor parte de su tiempo en la atención telefónica para favorecer una mejor gestión del sistema de salud se debe

tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Favorecer una mejor gestión encaminada a la transparencia de las actuaciones que se realizan sobre todo en los centros de atención primaria donde un porcentaje elevado de las atenciones se realiza por la vía telefónica.
- Ofrecer una serie de comodidades al usuario porque la atención suele ser más ágil, se evitan las colas y los tiempos de espera dentro de las instituciones garantizando un tiempo de respuesta.
- La persona que va a responder la llamada telefónica o la emite en este caso el auxiliar administrativo se transforma en la imagen de la administración sanitaria pues ejerce la relación directa con el usuario.
- El auxiliar administrativo va a estar entrenado para responder con premura ante las demandas telefónicas de los usuarios.
- El auxiliar administrativo debe responder presentándose al usuario, se le solicitará su nombre y la petición ante la demanda de su llamada.
- Se debe contestar a la llamada en el menor tiempo posible de forma resolutive, pero sin olvidar los protocolos de educación manteniendo el trato cordial en todo momento.
- A la hora de tener que transferir la llamada al profesional oportuno se debe tener la capacidad de transmisión que corresponde que implica un conocimiento de las estructuras y organización sanitarias.
- A la hora de finalizar se debe transmitir un sentimiento de amabilidad y agradecimiento, despidiéndose con un saludo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, en todo momento se debe ofrecer al usuario que se le ofrece atención telefónica la atención que necesitan. El responsable principal de ofrecer este tipo servicio suele ser el auxiliar administrativo.

Se trata de un servicio más que prestan los servicios de salud que se realiza principalmente en los centros de atención primaria.

Como auxiliares administrativos debemos tener en cuenta que las respuestas o soluciones que se ofrecen vía telefónica deben ser de baja complejidad y de fá-

cil resolución véase renovar recetas o dar citas sanitarias. Aquello que implique mayor envergadura debe ofrecerse una cita presencial con el profesional de referencia para ofrecer soluciones al usuario.

6 Bibliografía

1. <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/claves-para-buenaatencion-telefonica-centrosanitario>
2. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas
3. https://biblioteca.unex.es/files/intranet/Procedimientos/Comunicaci%C3%B3n/SBAD-MC-003 BUENAS_PR%C3%81CTICAS.pdf.
4. http://scielo.2.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000500007&lng=es

Capítulo 379

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ESTRESADO

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

JULIA MARIA MORENO PECO

1 Introducción

En la actualidad, el mundo laboral está marcado por una gran inestabilidad prueba de ello son la movilidad geográfica de los trabajadores. En concreto en este capítulo hablaremos del estrés que esto provoca en el auxiliar administrativo que desarrolla sus funciones en los servicios de salud.

El estrés laboral se ha intensificado a raíz de la pandemia del COVID- 19 entre el personal que trabaja de forma prioritario en la atención sanitaria de tal manera que en el desempeño de sus funciones se ha observado que es insatisfactorio debido a la incidencia del estrés en la atención que se realiza a los usuarios de los servicios de salud.

Desde marzo de 2020, ha cambiado el sistema de trabajo de forma generalizada sobre todo porque se ha modificado la manera de trabajar pasando del trabajo presencial al teletrabajo, se pasa de una atención prioritariamente presencial a

ser telefónica o vía telemática en la que la presencia del auxiliar administrativo se hace prioritario y ve como las funciones que realizaba anteriormente se ven incrementadas y transformadas siendo obligado a adaptarse a ello de forma rápida y dando respuestas eficaces a los usuarios. Esto ha conllevado el desarrollo de estrés en los auxiliares administrativos de los servicios de salud.

2 Objetivos

Exponer los síntomas físicos que se pueden presentar en el organismo de los auxiliares administrativos ante el estrés 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 también se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: Estrés laboral, personal administrativo, pandemia entre otros.

4 Resultados

El estrés laboral se muestra con tensión a nivel físico y emocional mostrando sentimientos de furia o agresividad en los profesionales que lo padecen en este caso en el auxiliar administrativo. Es cierto que esta situación provoca un desequilibrio entre lo que se exige el profesional y los recursos de los que dispone.

Las reacciones que pueden presentar el auxiliar administrativo ante el estrés se muestran a nivel orgánico como:

- Alteraciones digestivas como estreñimiento o diarreas.
- Alteraciones cardíacas como taquicardias.
- Alteraciones en el sistema inmune como yagas en la boca.
- Alteraciones musculares como contracturas musculares.
- Alteraciones del proceso de sueño y descanso.

Es cierto que, en un primer momento, el profesional de la sanidad no es consciente de lo que le ocurre y no suele afectar al desarrollo de sus funciones, pero con el paso del tiempo esto va a afectar a la atención que presta a los usuarios del sistema.

Los auxiliares administrativos durante la pandemia y a posteriori han visto como son mayores las exigencias y las expectativas a las que deben responder a nivel laboral en la atención al usuario. Poco a poco han ido desarrollando estresores que les está resultando difícil de controlar y hacer frente a ello.

El auxiliar administrativo ha tenido que reorganizar su forma de trabajo para hacer frente a una situación de emergencia como el COVID – 19 sin que pudiese realizarlo de forma estructurada y organizada.

Este sistema de trabajo tan desafiante y con sobrecargas se ha terminado de instaurar sin llegar a una organización y estructuración con buena base por ello poco a poco el profesional ha ido generando estrés ante la falta de medios, herramientas etc. para hacer frente a las demandas y nuevas formas de trabajo post-covid19

5 Discusión-Conclusión

En base a lo expuesto anteriormente, podemos decir que el auxiliar administrativo de los servicios de salud ha desarrollado estrés laboral provocado por un agotamiento emocional, por el cambio del sistema de trabajo fomentado el teletrabajo y con muestra de falta de concentración.

Por último, el estrés laboral se hace más evidente a posteriori de la pandemia por las nuevas formas de trabajo (teletrabajo) que en muchos casos provocan aislamiento laboral y social, uso de las nuevas tecnologías de forma habitual junto con una bajada de salario ya que se debe mantener la wifi o la calefacción en el domicilio en lugar de ser costeados por el servicio de salud.

Se debe tratar de disminuir este estrés mal manejado para que los auxiliares administrativos se terminen de adaptar a estos nuevos sistemas de trabajo.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/estres-laboral-administrativos/>

- Acosta, J. M. (2019). Gestión del Estrés: Cómo entenderlo, cómo controlarlo y cómo sacarle provecho. Barcelona: Profit
- Díaz, D. (2020, p. 49). Psicología Médica. Barcelona: Elseiver.

Capítulo 380

ACTUACIÓN DEL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

MIRIAN GARCIA GARCIA

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, se emplea el término “exitus” cuando se produce la defunción de un paciente. Su origen proviene del latín y significa “salida”, ya que antiguamente se utilizaba cuando un paciente era dado de alta del hospital y se acompañaba del motivo del alta. Cuando se producía un fallecimiento, se empleaba el término “exitus letali” y con el paso del tiempo se fue acortando el término y se emplea simplemente “exitus”.

Cuando se produce el fallecimiento de un paciente, el celador realiza una labor muy importante, ya que debe estar ahí acompañando a los familiares del fallecido y transmitirles tranquilidad y ayudarles, siempre dentro de sus limitaciones, a afrontar esta situación de la mejor forma posible.

El fallecimiento debe certificarlo el facultativo encargado del paciente. En ese momento, hay que acompañar a los familiares y en caso de que tengan dudas

sobre la muerte del familiar, el celador nunca dará información, sino que indicará que esa información solo puede darla el médico que ha certificado la muerte. El celador se encarga de ayudar al personal sanitario (tanto médicos como enfermeros y auxiliares de enfermería) en todo lo que sea posible, ayudando a realizar el amortajamiento y se encarga también del traslado del fallecido hasta el mortuario.

2 Objetivos

- Explicar una serie de conceptos básicos que el celador necesita conocer para poder desempeñar de forma adecuada sus funciones en caso de fallecimiento de un paciente.
- Describir todas las funciones del celador ante el fallecimiento de un paciente en el Hospital, tanto con el fallecido como con los familiares del mismo y su colaboración con el personal sanitario en un momento tan delicado.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica. La búsqueda de información para la realización del presente artículo ha sido realizada en libros científicos, así como en artículos de revistas registrados en las principales bases de datos: Scielo, PubMed y Google académico. La búsqueda realizada ha sido de carácter científico donde se ha encontrado la información necesaria que avale lo expuesto en el trabajo. Palabras clave: “éxitus”, “celador”, “mortuario”, “fallecimiento”.

4 Resultados

Todo celador debe conocer una serie de conceptos básicos para poder desempeñar de forma adecuada sus funciones en caso de fallecimiento de un paciente:

- Exitus: término latino que significa “salida”. 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”.
- Tanatorio: establecimiento funerario habilitado para el velatorio de difuntos, de acuerdo a las creencias religiosas de los deudos.
- Cadáver: cuerpo muerto, en especial el de una persona.
- Tanatopraxia: conjunto de prácticas que se realizan sobre un cadáver desarrollando y aplicando métodos tanto para su higienización, conservación, embal-

samamiento, restauración, reconstrucción y cuidado estético del cadáver, como para el soporte de su presentación.

- Autopsia: también llamada examen post mortem, obducción o necropsia, es un procedimiento médico que emplea la disección, con el fin de obtener información privada anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que sufrió en vida el sujeto y que permite formular un diagnóstico médico final o definitivo para dar una explicación de las observaciones clínicas dudosas y evaluar un tratamiento dado. Usualmente es llevada a cabo por un médico especialista denominado anatomopatólogo.
- Cremación o incineración: práctica de deshacer un cuerpo humano muerto, quemándolo, lo que frecuentemente se lleva a cabo en un lugar denominado crematorio. Junto con el entierro, la cremación es una alternativa cada vez más popular para la disposición final de un cadáver.
- Depósito de cadáveres: Lugar intermedio entre el mortuario y el destino final del cadáver.

En caso de fallecimiento de un paciente, la metodología y el protocolo a seguir está indicado en el Decreto 2263/1974 de 20 de Julio de la Policía Sanitaria Mortuoria.

El celador nunca dará información del fallecimiento a los familiares, ya que de eso se encargará el adjunto encargado del paciente. Por otro lado, el celador deberá comunicar el fallecimiento al jefe del personal subalterno y este será el encargado de informar a los familiares de todos los trámites y pasos a seguir con la funeraria. El celador colaborará con el personal sanitario, tanto enfermeros como auxiliares de enfermería, en el amortajamiento y traslado del cadáver. Ayudará en el aseo del fallecido y se encargará de trasladar al fallecido hasta el mortuario. Siempre seguirá las instrucciones de sus superiores.

Las funciones del celador están reguladas por el Estatuto de Personal no Sanitario. A continuación, se enumera el protocolo a seguir en caso de fallecimiento de un paciente:

- Acompañar a los familiares a otra habitación distinta a la que se encuentra el fallecido. Si hay otro paciente en misma habitación, separar con un biombo. Mantener la calma en todo momento e intentar tranquilizar a los acompañantes del fallecido.
- Asear al fallecido, siguiendo las instrucciones de los TCAE y teniendo especial cuidado en las posturas para evitar lesiones.
- Identificar al cadáver.
- Tapar el cadáver con una sábana y trasladarlo hasta el mortuario, a ser posible por las zonas menos concurridas.

- Informar al jefe de personal subalterno de los datos del fallecido, así como de la cámara frigorífica en la que se encuentra.

5 Discusión-Conclusión

El fallecimiento de un paciente en el hospital es una situación muy delicada. El celador debe estar capacitado para afrontar esta situación con calma y entereza y transmitir tranquilidad y empatía a los familiares en un momento tan complicado para ellos. Debe estar preparado para las reacciones de los familiares, sobre todo en casos en los que el fallecimiento es inesperado o ha sido de forma traumática. En otros casos en los que la muerte es tras un largo proceso de enfermedad, es posible que los familiares estén más tranquilos, pero no hay que olvidar que están pasando por un momento duro y hay que tratarlos con respeto.

El celador debe estar ahí para ayudar a los familiares en todo lo que sea posible, conociendo siempre sus funciones y sin dar ninguna información sobre detalles del fallecimiento y dirigiendo en su caso a los familiares al facultativo encargado del paciente fallecido.

Ante todo, debe recordar que es un profesional, que está ahí para ayudar a otras personas y que debe conocer sus limitaciones y pedir ayuda siempre que considere necesario por el bien de los demás.

6 Bibliografía

1. Andrades Romero, H. & cols. Celador Servicio de Salud Castilla y León. MAD. 2022
2. Temario Celador del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. ADAMS. 2017
3. Decreto 2263/1974 de 20 de Julio en el que se aprueba el reglamento de la Policía Sanitaria Mortuoria. Publicado en: «BOE» núm. 197, de 17 de agosto de 1974, páginas 17000 a 17006. Artículos 20 y 23.
4. Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Capítulo 381

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

MIRIAN GARCIA GARCIA

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

1 Introducción

El servicio de lencería y lavandería es una parte fundamental del hospital. Se encarga de clasificar, lavar y distribuir los distintos uniformes del personal del hospital. Los celadores también pueden encargarse de la lavandería y del planchado de toda la ropa hospitalaria. En ella, incluimos los pijamas de los pacientes, pero también toallas, sábanas, material sanitario y cualquier otro textil que pueda necesitar higiene.

El Celador de Lavandería se encarga de la lavandería del hospital, donde se carga, descarga, almacena y clasifica la ropa sanitaria. Además, ayuda a la carga y descarga del vestuario en los medios de transporte.

El almacén de lencería debe ser suficiente abastecer todas las necesidades del hospital y debe estar disponible en cualquier momento para los profesionales que trabajan en el.

El personal de lavandería será el encargado de organizar, distribuir y supervisar las tareas que se llevan a cabo por los celadores y asistentes y administrarán las distintas unidades que conforman el servicio de lencería y lavandería.

Los celadores podrán trabajar en las salas de ropa sucia, en las de ropa interior, en las salas de costura y en las salas de planchado. Al llegar a un área nueva, los celadores deberán estar capacitados para desempeñar sus funciones y llevarán a cabo las tareas que les impongan sus superiores.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del servicio de lencería y lavandería en un Hospital y describir las diversas funciones del celador en dicho servicio.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica. La búsqueda de información para la realización del presente artículo ha sido realizada en libros científicos, así como en artículos de revistas registrados en las principales bases de datos: Scielo, PubMed y Google académico. La búsqueda realizada ha sido de carácter científico donde se ha encontrado la información necesaria que avale lo expuesto en el trabajo. Palabras clave: “celador”, “lencería”, “lavandería”.

4 Resultados

Al comenzar la jornada en el servicio de lencería, el celador se encarga de recibir los carros con ropa limpia que proceden de la lavandería del hospital o bien de otras lavanderías externas. El celador saca el contenido de los carros, que será ropa de cama, uniformes de los trabajadores, colchas, almohadas, etc. Todo ese material los organizará en estanterías dispuestas para ese fin.

Por norma general, los uniformes de quirófano son del color verde y los del resto de los trabajadores de color blanco. También hay diferentes uniformes para el personal de mantenimiento, cocina y otros servicios especiales que varían en cada hospital. Suele haber distinción entre el personal fijo y el eventual, ya que al fijo se le suele asignar uniforme propio que se graba con su nombre y apellidos (aunque esto cada vez lo hacen menos hospitales). En cualquier caso, todo profesional que trabaje en el hospital, sea cual sea su contrato, debe tener a su disposición dos uniformes para poder realizar su trabajo.

El servicio de lencería establecerá unos horarios para poder suministrar uniformes a todo el personal en los diferentes turnos y de esto se encargarán los celadores.

Los celadores también se encargarán de repartir en cada servicio los carros de ropa limpia necesaria en cada servicio.

Las principales funciones que desempeña un celador en el servicio de lencería y lavandería son:

- Transportar los carros de ropa limpia y sucia
- Descargar la lavadora.
- Cargar, descargar la ropa de los vehículos y llevarla hasta lavandería.
- Controlar la lavadora y el detergente.
- Monitorear las áreas sucias.
- Vigilar por el correcto cuidado de la ropa del hospital, así como de cortinas, ropa de cama...
- Comunicar a su supervisor si localiza algún desperfecto durante la limpieza o recogida de la ropa.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de lencería y lavandería es una parte fundamental en un hospital. Debe tener disponibilidad para el personal que trabaja allí como para los pacientes y debe contar con un almacén para poder abastecer todos los servicios.

La lavandería del hospital puede ser propia o puede ser gestionado por una lavandería privada. Cada hospital valorará la que más le interese en función de los costes. En cualquiera de los dos casos, es fundamental que se eviten demoras en la entrega de ropa limpia y que los diferentes servicios estén bien organizados y coordinados para poder garantizar el buen funcionamiento del hospital y facilitar en la medida de lo posible, la comodidad de sus trabajadores y pacientes.

Es fundamental que los celadores estén preparados para las funciones que van a desempeñar y para ello, también deberán recibir la formación adecuada y una buena disposición para trabajar en equipo.

6 Bibliografía

1.- Organizacion_ropa_lavand.pdf. (s. f.). Recuperado 29 de agosto de 2023, de https://ingesa.sanidad.gob.es/biblioteca/Publicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf

- 2.- Redondo Crespo, A. & cols. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu.com. 2021.
- 3.- Ania Palacio, J.M. Celadores del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid.

Capítulo 382

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

CAROLINA HURTADO GARCIA

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

1 Introducción

La tecnología y el avance de las ciencias de la salud y el conocimiento científico han permitido un avance de la farmacología de dimensiones astronómicas a lo largo del último siglo.

Se han desarrollado fármacos con un mecanismo de acción tan sofisticado que hace no muchos años hubiera sido impensable. Algunos ejemplos de estos fármacos tan complejos lo conforman los inmunomoduladores, fármacos biológicos que imitan anticuerpos monoclonales humanos, de tal forma que actúan sobre receptores específicos de glóbulos blancos, para disminuir su actividad. La inmunoterapia ha permitido el desarrollo de fármacos muy específicos y eficaces contra enfermedades autoinmunes contra las cuales no se podía hacer nada en el pasado. Hoy pacientes reumatológicos que padecen lupus, esclerosis múltiple,

esclerodermia, etc., han visto aumentada su calidad y esperanza de vida, gracias a estos fármacos que son capaces de controlar los brotes de forma rápida y eficaz. Otro de los grandes hitos de la farmacología a lo largo de la historia, ha sido el desarrollo de los fármacos antiinfecciosos, como los antibióticos, fármacos que tratan infecciones por bacterias, los cuales han brindado curas a la humanidad contra infecciones provocadas por una gran variedad de microorganismos patógenos. Otros fármacos antiinfecciosos son los antifúngicos, que tratan infecciones causadas por hongos, o antiparasitarios, que luchan contra las infecciones producidas por parásitos.

En el presente texto se analizará la función del celador en la farmacia del hospital.

2 Objetivos

- Desarrollar brevemente cuáles son funciones del celador en el servicio de farmacia, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en la farmacia necesario para el correcto funcionamiento de la misma.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “farmacia”, “farmacología”, 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

Los fármacos se pueden clasificar según su mecanismo de acción, según su vía de administración, como por ejemplo los fármacos intramusculares, subcutáneos, aquellos que se administran por vía oral o transdérmica, etc.

Si atendemos a la clasificación de los fármacos según su objetivo terapéutico, distinguimos varios tipos de fármacos, aquellos curativos, como su propio nombre indica son aquellos que persiguen curar la enfermedad, como por ejemplo los antibióticos, los fármacos quimioterapéuticos, etcétera.

Por otro lado, encontramos los fármacos paliativos, son aquellos que, si bien no tienen una intención curativa, persiguen aliviar ciertos síntomas o dolencias, como pueden ser el dolor, temblores, náuseas, etc. Algunos ejemplos de estos fármacos son los antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno, la aspirina, etc., o los opioides, como por ejemplo el fentanilo, la morfina, el tramadol, etc.

Todos los centros hospitalarios hoy en día hoy cuentan con un servicio de farmacología, en el que trabajan multitud de profesionales, y donde se llevan a cabo labores como la preparación de la medicación de los pacientes de la planta, dosificación y preparación de fórmulas magistrales utilizadas en las consultas, realización de los pedidos de farmacia, etcétera.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en el servicio de farmacia hospitalaria.

Hoy el celador será el encargado de recepción los pedidos de farmacia pesada y trasladarlos hasta el almacén de farmacia. Además, se encargará de distribuir las cajas de farmacia pesada, las cuales contienen las botellas de suero, antisépticos, etc., por las diferentes plantas y servicios del hospital.

El celador deberá transportar los carros de medicación a las diferentes plantas donde sean requeridos.

El celador colaborará en la realización del inventario cuando así le sea ordenado.

El celador se encargará de vigilar y custodiar la entrada a la farmacia, evitando la entrada a la misma a todo personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, el servicio de farmacia hospitalaria cumple una labor esencial de apoyo a la totalidad de servicios y especialidades del hospital, y es de vital importancia que el servicio de farmacia funcione bien para que así lo hagan el resto de unidades del centro hospitalario, pues en la práctica clínica diaria se utilizan de forma continua multitud de fárma-

cos, ya sea la medicación que lleva a cada paciente hospitalizado, los tratamientos que se realizan en las consultas externas, los fármacos anestésicos utilizados por los servicios quirúrgicos en los quirófanos, etc.

El celador que trabaja en el servicio de farmacia hospitalaria presta su labor y contribuye así a que este funcione de manera adecuada.

6 Bibliografía

1. Farmacia hospitalaria. Funciones del celador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.), from <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>
2. Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria. (n.d.). from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 383

COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

CAROLINA HURTADO GARCIA

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

1 Introducción

En tiempos antiguos previos al paradigma actual de la medicina moderna, la cirugía no era considerada una labor perteneciente a la medicina, sino que era un oficio aparte, desprestigiado y relegado a un segundo plano, pues la cirugía era frecuentemente la última opción terapéutica, a la que se recurría de forma desesperada. Esto era debido a que las cirugías que se realizaban no tenían nada que ver con lo que son hoy en día las intervenciones quirúrgicas, pues no se contaba con anestesia, ni medidas adecuadas de higiene y antisepsia, haciendo de la intervención quirúrgica un proceso muy doloroso y desagradable, al que frecuentemente le seguían graves complicaciones e incluso la muerte.

Con el desarrollo de los fármacos anestésicos, y de protocolos adecuados de asepsia y antisepsia, esterilización de material quirúrgico, así como un importante avance de las técnicas quirúrgicas, hemos asistido en los últimos años a

una evolución inigualable de las posibilidades de las intervenciones quirúrgicas, apareciendo multitud de técnicas abordajes y protocolos.

Este contexto de avance y evolución de la medicina moderna ha permitido que florezcan multitud de especialidades quirúrgicas, como lo son traumatología, cirugía pediátrica, cirugía torácica, neurocirugía, etcétera.

En el presente texto se analizará la labor que recae sobre la figura de celador en la unidad de cirugía sin ingreso.

2 Objetivos

- Desarrollar brevemente las funciones del celador en la unidad de cirugía sin ingreso.

- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en la unidad de cirugía sin ingreso, necesario para el correcto funcionamiento de la misma.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “unidad de cirugía sin ingreso”, “cirugía”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado de forma muy notoria en los últimos años, actualmente se prefieren abordajes menos invasivos con técnicas más sofisticadas que permiten acortar los tiempos de recuperación.

Las cirugías abiertas, en las que se realiza una gran incisión para tener un amplio campo quirúrgico ya solo se realizan como última opción cuando no hay más remedio, o la cirugía es de gran envergadura, prefiriéndose siempre el abordaje laparoscópico, menos invasivo, con menores cicatrices, y con menor riesgo de infección.

En este contexto de avance y desarrollo de las artes quirúrgicas, han surgido multitud de intervenciones menores, que pueden ser realizadas en un corto periodo de tiempo y las cuales no requieren un periodo de recuperación extenso, pudiendo ser realizadas de forma ambulatoria sin necesidad de un ingreso posterior en hospitalización, nacen así las unidades de cirugía sin ingreso, realizadas en pequeños quirófanos, frecuentemente con anestesia local, en las cuales la intervención quirúrgica se realiza de forma ambulatoria y el paciente se va a casa el mismo día de la intervención.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador transportará a los pacientes hasta los vestuarios de la unidad de cirugía sin ingreso y les indicará el pijama desechable que han de ponerse.

El celador colaborará en pequeñas tareas que le serán ordenadas por el facultativo especialista, cómo por ejemplo asistencia a la hora de la movilización de los pacientes, etc.

El celador transportará el mobiliario, aparataje médico, documentos, historias clínicas, etcétera; así como de las cajas de farmacia pesada y botellas de oxígeno que sean necesarios en la unidad.

El celador deberá recoger las jaulas llenas de ropa de cama sucia, pijamas de quirófano, etc., al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador procurará el silencio y el orden en esta unidad evitando el paso a todo personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cirugías en ingreso permiten acortar las listas de espera agilizando de manera notoria los procesos quirúrgicos. Se trata de procesos asistenciales altamente eficientes, puesto que es posible realizar numerosas intervenciones cada día, dando de alta a los pacientes el mismo día de la intervención sin que éstos ocupen una cama posterior en hospitalización.

En la unidad de cirugía sin ingreso trabaja multitud de personal, tanto sanitario como no sanitario, entre los que se encuentran cirujanos facultativos de diversas especialidades, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores,

etcétera.

El celador con su labor contribuye al buen funcionamiento de esta unidad.

6 Bibliografía

1. Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) – Hospital de Manacor. (n.d.). Retrieved, from <https://extranet.hmanacor.org/mapa-de-servicios/unidad-de-cirugia-sin-ingreso-ucsi/>
2. Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios - Celadores.org. (n.d.). Retrieved from http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc04

Capítulo 384

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

CAROLINA HURTADO GARCIA

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

1 Introducción

El sistema de salud público español se divide en tres niveles de atención sanitaria. El primer nivel lo conforma la atención primaria, aquella que realiza su labor asistencial en los centros de salud, en la que participan principalmente facultativos especialistas en Medicina de familia y comunitaria, caracterizada por una atención cercana y continua a lo largo de la vida del usuario. La atención primaria es longitudinal, pues el mismo profesional acompaña al paciente durante tramos largos de tiempo, continua, pues ofrece conexión con otros niveles de atención, integral, pues se centra en la persona y no en la enfermedad, y accesible, pues toda la población tiene acceso a ella.

El segundo nivel de atención consiste en la atención especializada, aquella que se desarrolla en las instituciones hospitalarias y los centros de especialidades.

Los profesionales de la atención especializada, como su propio nombre indica son especialistas. Estas especialidades pueden ser médicas quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Es la atención que se presta en las consultas externas.

Por último, el tercer nivel de atención consiste en la urgencia, la cual no se ciñe exclusivamente a la atención hospitalaria, pues los centros de salud también cuentan con servicio de urgencias. Además, el servicio de urgencias también ofrece atención telefónica para evaluar la situación y coordinar los posibles medios que puedan ser necesarios.

En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en consultas externas.

2 Objetivos

- Desarrollar brevemente las funciones del celador en consultas externas, 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 llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante 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”, “consultas externas”, “atención especializada”, 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 académico 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 ocasiones la atención primaria no puede abarcar todos los problemas de salud y necesita de la consulta de un especialista, o es necesario realizar una prueba que no está disponible en el centro de salud, o se sospecha que una intervención quirúrgica es necesaria, o que el paciente necesita un tratamiento que solo puede recetar un facultativo especialista. En estos casos se deriva al paciente a atención especializada, en las consultas externas de la institución hospitalaria.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador prestará su ayuda para decepcionarse a los pacientes que así lo requieran, escaneando el volante en la máquina para recepcionar al usuario, y proporcionándole a este el ticket con la consulta a la que deben acudir. Si el paciente no sabe dónde se encuentra la consulta, el celador le proporcionará esta información acompañándolos si es necesario.

Cuando sea necesario trasladar a los pacientes a otros servicios del hospital, como por ejemplo al servicio de radiología para realizarse una prueba de imagen, o a extracciones para realizarse un análisis de sangre, el celador se encargará del transporte del paciente.

El celador se encargará de transportar todas las muestras biológicas al laboratorio de anatomía patológica para ser analizadas.

El celador transportar a las muestras de sangre, orina, etcétera, recogidas durante la labor asistencial en las consultas externas al laboratorio.

Es competencia del celador repartir la correspondencia y transmitir las órdenes y recados verbales con presura.

El celador deberá transportar los elementos de inmobiliario, aparataje médico, documentos, etcétera, que requieran ser trasladados de unas consultas a otras.

Una vez finalizada la consulta, el celador se encargará de avisar a la ambulancia lo de que esta ya ha terminado, cuando se trate de pacientes que necesiten una ambulancia.

Al acabar la jornada, el celador recogerá las jaulas de ropa sucia y las trasladará a la lavandería.

El celador deberá procurar el orden y el buen funcionamiento de las consultas externas, mandando silencio en las salas de espera cuando la situación lo requiera.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, la labor asistencial que se ofrece al usuario en las consultas externas es de suma importancia, pues en ocasiones cuando la salud del paciente empeora considerablemente, y requieren de una intervención quirúrgica o un tratamiento más agresivo, es el especialista quien se encarga de prestar estos servicios. Gracias a la labor conjunta realizada por los facultativos de atención primaria y especializada, la sanidad española ofrece a la población una asistencia de calidad, completa e integral.

En las consultas externas trabajan multitud de profesionales, entre los cuales está presente la figura del celador, que presta su labor contribuyendo a que la atención especializada funcione adecuadamente.

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 from <https://congresosicepa.com/celador-servicio-consultas-externas/>
2. El celador en Servicios Centrales - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved from <https://revistamedica.com/celador-servicios-centrales/>

Capítulo 385

PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

MIRIAN GARCIA GARCIA

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

1 Introducción

El quirófano es una de las partes más complejas del hospital y que requiere de personal cualificado para llevar a cabo todas las intervenciones.

El celador realiza una gran labor en quirófano, aunque sea desconocida por muchos. Un celador traslada al paciente después de su intervención, pero además es la primera persona que trata con el paciente antes de comenzar la intervención. Además, el celador colabora en quirófano con todo el personal sanitario que hay en él, tanto técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como enfermeros y cirujanos.

También se distinguen distintas zonas en quirófano (negra, gris y blanca) y el celador realizará diferentes funciones en cada una de ellas. En la zona negra vigilará los accesos del personal, en la gris mantendrá el almacén ordenado y en

la blanca ayudará al personal sanitario en lo que le sea necesario durante la operación.

Los celadores de quirófano también realizan las mismas funciones que otros celadores en el resto de servicios del hospital, tales como movilizar a pacientes, trasladar aparatos o material necesario para las diferentes intervenciones que se vayan a realizar, llevar muestras extraídas en quirófano a los correspondientes laboratorios (Anatomía Patológica, Hematología, Microbiología, etc.). Por otra parte, en caso de que un paciente fallezca en el quirófano, el celador colabora en el aseo y amortajamiento de los pacientes fallecidos, siempre siguiendo instrucciones del personal sanitario y se encarga también de trasladarlos al mortuario.

2 Objetivos

- Explicar en qué consisten las diferentes áreas del quirófano y cómo debe ser la actuación en ellas.
- Dar a conocer todas las funciones que realiza el celador en el quirófano en colaboración con los profesionales sanitarios y distinguiendo sus funciones de las de estos, ya que un celador no realizará ningún procedimiento de atención médica.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica. La búsqueda de información para la realización del presente artículo ha sido realizada en libros científicos, así como en artículos de revistas registrados en las principales bases de datos: Scielo, PubMed y Google académico. La búsqueda realizada ha sido de carácter científico donde se ha encontrado la información necesaria que avale lo expuesto en el trabajo. Palabras clave: “celador”, “quirófano”.

4 Resultados

El celador de quirófano debe conocer la importancia de la limpieza en esta zona del hospital y distinguir las diferentes áreas para poder realizar una correcta desinfección:

- Zona negra: Es la zona sucia, la que da acceso al quirófano. A ella puede entrar con ropa de calle y el personal se pondrá en ella el uniforme de quirófano.
- Zona gris: Es la zona intermedia. A ella se accede ya cambiado, con las calzas y el gorro. En esta zona se realiza la desinfección del material y el almacén de

quirófano.

- Zona blanca: Es la zona estéril, donde se realiza la intervención. Solo puede acceder el personal autorizado y debidamente uniformado. También se encuentra aquí el material estéril.

El celador debe conocer la forma de actuar adecuadamente en cada una de estas áreas para evitar la contaminación del área que podría ser muy peligrosa para los pacientes que se sometan a alguna operación.

El celador que trabaja en quirófano realiza una serie de funciones que complementan las que realizan los profesionales sanitarios de quirófano (cirujanos, enfermeros, TCAE, etc.). Además, realizan otras funciones similares a las de los celadores de otros servicios del hospital. Estas funciones son:

- Trasladar pacientes. Dicho traslado se realiza desde la habitación al preoperatorio, de allí al quirófano y posteriormente a la reanimación y de vuelta a su habitación. También llevará siempre acompañando al paciente, toda la documentación necesaria.
- Movilizar al paciente. Es muy importante la colocación del paciente en la mesa de operaciones dependiendo del tipo de intervención que vaya a realizarse para que el cirujano tenga una buena accesibilidad a la zona en la que va a hacer la operación. Además, durante la intervención, puede ser necesario volver a cambiar de posición al paciente. Una vez terminada la operación, el celador colocará al paciente en la camilla, dejando libre la mesa de operaciones.
- Transportar materiales y documentos. Según la intervención, pueden ser necesarios distintos aparatos, mobiliario, así como, en el caso de biopsias o muestras citológicas, transportar dichas muestras al laboratorio correspondiente para su posterior análisis y diagnóstico.
- Cuidar las instalaciones y vigilar los accesos. El celador deberá avisar cuando encuentre algún tipo de desperfecto en los materiales o si observa que las instalaciones no se encuentran en perfecto estado. También debe vigilar para que ninguna persona no autorizada pueda entrar a la zona de quirófanos.
- Colaborar con el personal sanitario del quirófano. El celador debe estar a la disposición de los cirujanos, enfermeros y todo el personal sanitario que se encuentre en quirófano para poder colaborar con ellos en los que sea necesario. Pueden requerirle movilizar al paciente, cambiar la iluminación, acercar instrumental, etc.
- Ordenar el almacén de quirófano. El celador debe cerciorarse de que el almacén está bien ordenado y revisar que no falte material para realizar las siguientes intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza y esterilización es muy importante en el quirófano, ya que es fundamental para evitar riesgos de infecciones en los pacientes. El celador es el encargado de controlar que todas las áreas estén limpias y los almacenes dispongan de todo el material necesario desinfectado y esterilizado.

El celador en quirófano debe ser consciente de la importancia de realizar correctamente su trabajo, por lo que debe documentarse y formarse para evitar cometer imprudencias que pueden ser muy graves para el paciente que se encuentra en quirófano.

Es fundamental que se trabaje en equipo, colaborando con el personal sanitario de quirófano y valorando la importancia de todos y cada uno de los profesionales que se encuentran allí.

Debido al avance de la medicina y a la gran variedad de intervenciones que pueden realizarse en un quirófano, es importante que el celador de quirófano esté continuamente formándose para poder llevar a cabo sus funciones de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. Iglesias, F. El celador en el área quirúrgica. Formación Alcalá. 2013
2. Santos Cuenca, A.I. & cols. El celador en quirófano. ISBN 9788468551289. BUBOK PUBLISHING CAS. 2020

Capítulo 386

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) HOSPITALARIA. CONSIDERACIONES Y FUNCIONES PRINCIPALES

JAVIER CRESPO NAVARRO

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

SARA JUAN GARCIA

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

1 Introducción

En este capítulo se van a desarrollar las especiales consideraciones que un celador debe tener en el ejercicio de sus funciones en el servicio de UCI. Es reseñable que éste profesional conozca las especiales características del servicio y la especialización de sus funciones en el mismo.

En la Unidad de Cuidados intensivos, se presta la atención sanitaria a aquellos pacientes cuyas funciones básicas resultan comprometidas, pero se estima que puedan llegar a una recuperación. Estos pacientes de encuentran monitorizados

las 24 horas del día y requieren una atención constante por parte del equipo profesional.

El celador forma parte de este equipo multidisciplinar compuesto por facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

El celador es una figura de apoyo que va a desarrollar diferentes tareas que analizaremos a lo largo del capítulo.

Debido a la delicada situación de los pacientes ingresados en UCI, el celador deberá hacer uso cuando esté en contacto con los pacientes, de una bata aséptica, así como guantes y mascarillas que pueden ser necesarias dependiendo de la patología del paciente.

Deberá tener amplios conocimientos en movimientos posturales, dado que una de sus principales funciones será la movilización de los pacientes, dadas las delicadas condiciones de los pacientes ingresados en el servicio.

2 Objetivos

Detallar las funciones principales que desarrolla el celador en el servicio de UCI de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de éste capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda de información en diferentes publicaciones científicas y bases de datos, así como una actualización de conocimientos profesionales basados en la experiencia.

Se han consultado fuentes bibliográficas online y se ha llevado a cabo una revisión de las mismas.

4 Resultados

Una vez que hemos dado a conocer a grandes rasgos el servicio de UCI de un centro hospitalario, y sus especiales consideraciones, pasamos a detallar las principales funciones que la figura del celador desarrollará en el mismo como parte del equipo multidisciplinar que lo integra.

Entendiendo que el celador es una figura de apoyo, y que tiene gran relevancia en el trato directo con los pacientes, será el encargado de la movilización de los mismos, en colaboración con las enfermeras y auxiliares de enfermería para su aseo, así como su corrección postural o el traslado a la cama correspondiente.

De igual manera se encargarán de trasladar las camillas cuando sea necesario para la realización de pruebas como escáner, o bien su traslado a planta, para lo cual llevarán la documentación médica necesaria.

El traslado de documentación y útiles, o materiales a otros servicios, muestras al laboratorio, cuando así sea requerido.

Controlarán y vigilarán las visitas de familiares, en las horas autorizadas, así como el correcto cumplimiento de las normas para el bienestar de los enfermos.

El celador nunca facilitará a los familiares información sanitaria relativa al enfermo, sino que remitirá a los mismos al facultativo correspondiente.

Deberá prestar una correcta atención y cuidado a los pacientes en el ejercicio de sus funciones.

Realizarán las guardias que les correspondan.

El celador extremará la higiene, y garantizará la asepsia mediante la utilización de bata, guantes y mascarilla cada vez que acceda a las dependencias de la UCI, al entrar en contacto con los pacientes, dada la delicada situación en la que se encuentran.

Debe ser conocedor de los diferentes aparatos que configuran el servicio y mostrar especial cuidado con los mismos durante la movilización de los pacientes.

Tratarán con empatía a los pacientes y con el especial cuidado y sensibilidad que su situación requiere.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el servicio de UCI de un centro hospitalario, tiene mucho que ver con la atención directa al paciente, tanto para su movilización, cuidado, vigilancia y control de las visitas de familiares, traslado de los pacientes, así como de la documentación, pruebas, análisis, muestras, útiles que sean requeridos por sus superiores a o desde otros servicios, así como las guardias correspondientes en el servicio.

Es vital el cuidado de en la higiene y asepsia dado que los pacientes ingresados en uci, presentan un estado delicado de salud por lo que deben tomar las precauciones necesarias para evitar ponerles en riesgo.

El celador debe ser conocedor del aparataje, protocolos y procedimientos del servicio, así como colaborar como parte del equipo en las funciones que le sean requeridas.

6 Bibliografía

1. El celador en la unidad de cuidados intensivos (Internet) [citado el 02/05/2022]. <https://revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/>
2. El celador en la UCI [Internet] [citado el 29/04/2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-uci/>
3. Celadores en la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet] [citado el 18/06/2021] Disponible en: <https://congresosicepa.com/celadores-cuidados-intensivos/>

Capítulo 387

APOYO Y CUIDADOS DEL CELADOR A NIÑOS HOSPITALIZADOS

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando una enfermedad requiere un ingreso hospitalario supone un gran impacto tanto en la vivencia del propio niño como en la de sus padres o familiares. El ingreso en el niño, puede tener efectos negativos a la hora de que el niño no pueda adaptarse a este nuevo entorno.

El concepto de la población infantil y la infancia viene a estar asociado con el concepto de la visión sobre su historia y cultura en la cual se desenvuelve el niño.

En 1992 se proclamó la Carta de los Derechos del Niño en el Parlamento Europeo y se instauró el puesto del Defensor del Menor.

Las dos son un modelo y un marco referencial para su puesta en marcha, tanto en las instituciones como en las comunidades en general. De esta carta en defensa de los derechos del niño observamos y vemos que serán los siguientes, como la prevención y evitación del ingreso del niño siempre que se pueda, el derecho a

que sus padres puedan ver efectuado el acto de estar acompañándole, derecho a recibir información en referencia a su edad, entendible a su desarrollo mental, derecho a negarse a cualquier asistencia o prueba y derecho a su propia identidad.

2 Objetivos

Dar a conocer los principales tipos de entretenimiento posibles relacionados con bienestar y confort tanto del niño como de la familia mientras dure el ingreso.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos observar según las evidencias nacidas de la asistencia y de la práctica clínica que hay denominadores comunes en cuanto a como va a afrontar y asimilar el ingreso. Los niños enfermos establecerán sus bases en el entretenimiento y en la distracción y esto se verá reflejado en su bienestar y se observará que su estado de ánimo tiende a mejorar.

Vamos a ver dos tipos de entretenimiento:

La distracción interactiva: su tema principal será el juego activo, con todo lo relativo al actividades, ya que la población infantil la ocupación principal de los niños es el jugar, requerible para su propia evolución del desarrollo, por tanto, el proceso de enfermedad no debe crear la interrupción brusca de las actividades del juego, ya que es imprescindible para apoyar al niño a una mejor asimilación y adaptación a su enfermedad y a su estancia en el hospital.

Nos podemos encontrar con la distracción un poco más pasiva, como son la actividad suave en aulas habilitadas hospitalarias con la narración de cuentos, terapia con música, proyecciones o películas.

En la infancia la aparición sin esperar de la enfermedad estable una pérdida de sus juegos o de sus acciones normales con las cuales el niño se entretenía. Que practique la lectura, es una buena directriz a la hora de entretenerse donde los

niños se introducen en la historia, la musicoterapia va proceder a la relajación y conseguirá aliviar la ansiedad y el estrés, beneficiara a las constantes vitales y atenuara la sensación del dolor.

Los padres, tutores o familiares, son las personas que se muestran como cuidadores del niño al estar muchas más horas de permanencia con él, aunque en base de los resultados de investigaciones ejecutadas se destaca al alza, lo importante, que es la figura de materna para el niño, ya que a través de la madre los niños se sienten seguros y muy protegidos en situaciones que escapan a su comprensión.

5 Discusión-Conclusión

Y tal como hemos visto en el presente capítulo, hemos llegado a la conclusión de que el celador no solo se dedica a asistir a los niños enfermos ingresados en los hospitales, sino que también debe según la práctica clínica, tratar la enfermedad de estos niños y sobre todo cuidar las emociones, sentimientos y otros factores de estos jóvenes enfermos, saber entretener a estos mediante técnicas de distracción interactiva, de distracción más pasiva, pero sobre todo hacer que la vida de estos niños sea lo más normal posible dentro de su enfermedad.

El celador junto con el demás personal sanitario, deben de hacer que el niño este seguro y feliz dentro del hospital, pero no solo el niño también los familiares que padecen la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.efesalud.com/ninos-hospitalizados-impacto-humanizacion>
2. Álvarez F, Fortin S, Bibeau G. (2008) la práctica pediátrica en un medio cultural plural: una experiencia en curso. Arch Argent Pediatr 106,236-241.
3. Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000) Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema, 12, 525-532.

Capítulo 388

EL PACIENTE EN CAMA Y EL PROCEDIMIENTO DE ASEO DEL CELADOR EN ESTE

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La higiene del enfermo encamado se trata de las medidas necesarias y diarias que necesita el enfermo para su bienestar y salud, física y mental, con la principal finalidad de mantener la piel, las mucosas y el cabello en las mejores condiciones. Es muy importante realizar este trabajo en apoyo de movilización de la Auxiliar de Enfermería con las máximas medidas de profesionalidad y limpieza, salvaguardando la intimidad del enfermo en todo momento, empleando las estrategias y parapetos necesarios para tal función.

Con el aseo personal, el paciente encamado mejora su salud, su estado de ánimo, y evita la aparición de nuevas patologías o que se agraven las ya existentes, para ello el protocolo que ejecutan el Celador hospitalario en apoyo del Auxiliar de Enfermería debe ser exigente y riguroso, dedicándole el tiempo necesario disponible, tanto el Celador como el Auxiliar de Enfermería.

La expresión aseo del Paciente encamado, no solo se relaciona con la higiene exterior de la piel, se trata de un procedimiento exhaustivo para lograr una prevención de posibles enfermedades tanto físicas, psicológicas y fisiológicas en el enfermo que se encuentra en cama con posibilidad de poder realizarlo por sus propios medios.

La mayoría de las personas hospitalizadas pueden realizar su aseo personalmente y de manera autónoma, pero dependiendo de su patología o sus limitaciones físicas y o mentales, pueden llegar a necesitar ayuda de los profesionales como el Celador y resto de personal sanitario, que al estar acostado necesiten tener acceso a todas las partes del cuerpo del encamado para su aseo sin causarle daño y salvaguardando su intimidad.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones y los movimientos de los celadores ante el paciente encamado ingresado en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El Celador hospitalario en auxilio del auxiliar de Enfermería es profesional encargado de realizar las movilizaciones en el aseo de las personas enfermas con problemas de movilidad. Estas movilizaciones técnicas se ejecutan para evitar secuelas como las úlceras por presión, pero también para el aseo de limpieza ordinario y también el terapéutico, desempeñándolo con la delicadeza necesaria para evitar lesiones al enfermo y a él mismo.

La existencia de infecciones dermatológicas y nosocomiales en los centros hospitalarios, hace que el desempeño del lavado de los enfermos sea realizado por profesionales como el Celador hospitalario, lo primero que ha de realizar en junto al Auxiliar de Enfermería es coordinarse con dicho sanitario.

Primero de todo, se debe colocar un biombo para respetar su intimidad frente a otros enfermos y entrada de visitas en ese momento, luego trasladar todos los útiles de aseo a los pies de la cama del enfermo, y antes de proceder a realizar el aseo ponerse los guantes para evitar tocar con las manos heridas o infecciones y evitar así contaminación cruzada.

Primero lavarán la cara, el cuello, ojos, oídos y boca. Después se colocarán a ambos lados de la cama, el Celador retirará la ropa superior del encamado, realizándolo con movimientos rotatorios del cuerpo, primero llevándolo hacia el lado opuesto a él, y sacando un brazo de la casaca, luego girándole hacia sí para sacar el otro brazo, esta maniobra permite que el Auxiliar de Enfermería pueda lavar la espalda y el torso, misión del celador será inmediatamente después secarlo por su lado.

Después lavarán sus partes íntimas, y desecharán la esponja jabonosa empleada y el Celador secará. Finalmente es conveniente dedicarse a los brazos y piernas y espacios inter digitales y posteriormente secar sin emplear fuerza que pueda provocar laceraciones o raspaduras en la piel.

Si necesita lavado de cabello se realizará entre los dos profesionales poniendo la cama en posición horizontal con la parte superior ligeramente inclinada con el objeto de no mojar la ropa de la cama, luego secarán con toalla o secador de pelo, dependiendo de la longitud del cabello y del material del que se disponga.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y resumen de lo visto en el presente capítulo hemos hablado del procedimiento de aseo de los pacientes en cama por el personal celador, del cual hemos visto como el celador sigue este procedimiento primero, colocando un biombo para guardar la intimidad del paciente, segundo lavando cara, cuello, ojos, oídos y boca retirando posteriormente la parte superior de la ropa para que el técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) le lave la espalda y el torso, secando después el celador, posteriormente el celador lava las partes íntimas, brazos y piernas y por último si necesita el paciente lavado de cabello también lo hará el personal celador junto al TCAE, hemos visto que movimientos realiza el celador para el lavado y aseo de estos pacientes.

Como conclusión decir que seguir este procedimiento de lavado de estos pacientes en cama, es muy importante para que el paciente en cama no sufra y que se sienta cuidado y tranquilo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-historia-evolucion-formacion-funciones/>.
2. Orden del ministerio de trabajo de 5 julio 1971 estatuto de personal no sanitario.
3. Ley general de sanidad 14/1986 de 25 abril, bases de la organización del sistema salud.³⁸⁵
4. Ley orgánica 5/2002 de 19 de junio identifica competencias real decreto 1790/2011 de 16 de diciembre donde se establecen cualificaciones profesionales.

Capítulo 389

IMPORTANTES FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA DE HOSPITAL

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La farmacia hospitalaria se define como un servicio de atención médica, la cual está encargada de la preparación, almacenamiento, elección, dispensación de medicamentos y productos sanitarios, la cual una de sus funciones es asesorar a los profesionales de la salud y de los pacientes sobre el uso eficiente, efectivo y seguro.

Es un servicio el cual tiene como objetivo de que cada paciente reciba su medicación, la cual ha sido pautada por el personal médico, también como la frecuencia de administración, la dosis adecuada y la duración del tratamiento, mientras dure su ingreso en un centro hospitalario. En los centros hospitalarios, casi en la mayoría de ellos, cuenta con el servicio de farmacia, este servicio depende de la Dirección Médica.

Este servicio dentro de un hospital, es un servicio centralizado, al cual tienen acceso todas las unidades hospitalarias.

Una de las funciones de una farmacia hospitalaria, es la del manejo de un sistema de preparación, depósito y dispensación de los medicamentos sanitarios, lo cual hace que para los profesionales sanitarios y para los pacientes, lleven un uso adecuado para su efectividad y administración.

Las funciones que desarrolla un celador dentro de una farmacia hospitalaria, son muy importantes, ya que la realización de estas de forma eficaz, ayudan al trabajo del personal sanitario y no sanitario, siempre buscando el beneficio de los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las principales funciones que presta un celador dentro del servicio de farmacia en centro hospitalario.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de buscadores de Google y palabras clave.

4 Resultados

Los servicios de farmacia de un hospital son las encargadas del suministro y dispensación de los medicamentos que les sean solicitados en unas condiciones legales y establecidas.

Las principales funciones de un celador dentro del servicio de una farmacia hospitalaria, nos encontramos las siguientes:

- Recepción de los materiales.
- Transporte de los productos desde otras unidades del hospital o de un almacén hasta la farmacia.
- Acondicionamiento del suero y alcohol, así como proceder a su dispensación a las diferentes unidades de un hospital.
- Hacer un recuento periódico de los materiales de los cuales sea responsable, siempre debe tener por objeto, la comprobación de las existencias reales de aque-

llos productos que están almacenados cuando se haga el recuento, al hacer el inventario general, este suele realizarse anualmente para conocer las existencias reales del material que se tiene almacenado.

- Transportes y traslado de aquellos productos desde las distintas unidades de un centro hospitalario hasta la farmacia.
- Transporte de los materiales dentro de la farmacia.
- Colaboración cuando se lleve a cabo los inventarios.
- Distribuirá la medicación y del resto de productos galénicos a las diferentes Unidades del Hospital. Por eso tiene que dejar el carro a cargo del personal de Enfermería para aquellos pacientes que tengan asignados.
- Movilización de los materiales pesados.
- Será el encargado del traslado desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias de los carros que contengan la medicación.
- Acondicionar los materiales. Estos materiales que son recibidos por el celador, deben ser entregados al personal sanitario, junto con una copia de los albaranes correspondiente, para que el personal administrativo, hagan la contabilización de la entrada del mismo.

- Clasificación, colocación y ordenación de los materiales en los estantes.

El celador es el encargado de acondicionar determinados productos de forma directa, como son los botes de suero fisiológico, garrafas de alcohol, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en farmacia incluyen tareas indispensables para el desarrollo de la unidad, desde recepción de las mercancías, almacenaje, distribución, movimiento de grandes cargas en la unidad a incluso la dispensación de ciertos productos como alcohol o suero sin olvidar en estos casos que el celador puede despachar productos que toda solicitud o entrega de productos de farmacia debe ser firmado por el responsable de la unidad que lo recibe.

El celador debe en todo momento conocer el proceso y sobre todo la documentación de entrega y recepción de los medicamentos, así como su correcta cumplimentación y nunca debe entregar medicamentos, aunque le sean requeridos por facultativos, siempre debe remitirlo a un responsable de farmacia.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com

2.<https://medlineplus.gov/spanish/>

3.<https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 390

EL SÍNDROME DE BURNOUT

SILVIA FERNANDEZ CANO

SANDRA RODRÍGUEZ VALDES

1 Introducción

Para los auxiliares administrativos en el campo sanitario el síndrome de burnout se caracteriza por un cansancio emocional, hace referencia a la cronificación del estrés laboral, nuestro cuerpo se encuentra agotado tanto físicamente como mentalmente. El termino de Burnout fue propuesto en 1974 por Freudenberger quien afirmó que se trataba de un cuadro sintomático que aparece como respuesta al estrés laboral crónico y se compone de tres partes: Cansancio emocional, despersonalización y bajo ánimo.

Según la organización Mundial de la salud su definición es " el resultado del estrés crónico en el lugar del trabajo", este síndrome se suele desarrollar principalmente en los puestos de trabajo en los que se tiene directa relación con otras personas como es el caso de los auxiliares administrativos ya que son con los que los pacientes hablan por primera vez nada más llegar al hospital o centro de salud y a los que ven cuando se marchan por lo que deben siempre mantener una actitud positiva y ayudarles en todo lo posible por lo que deben estar siempre con una actitud positiva y encontrarse muy bien psicológicamente ya que su estado emocional y físico se transfiere a las personas que van acudir a el centro de salud u hospital.

2 Objetivos

Exponer en qué consiste el síndrome de burnout, cómo afecta al auxiliar administrativo y las principales medidas preventivas a tener en cuenta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica con la búsqueda de información en diversos libros y se han consultado varios artículos en las principales bases de datos: (Scielo, Medline...) relacionados con el tema que estamos tratando actualmente.

4 Resultados

Nuestro trabajo nos ocupa la mayor parte del día, debido a que actualmente le dedicamos muchas horas a nuestro trabajo una vez que nos nos marchamos a nuestra casa nos lo llevamos con nosotros lo que provoca una repercusión negativa en nuestro estado de salud produciéndose síntomas característicos del burnout.

El burnout, conocido también como el síndrome de estar quemado en el trabajo, se caracteriza en gran medida por ser un estado de agotamiento tanto físico como mental que afecta a todo el cuerpo en el auxiliar administrativo y que surge debido al tipo de trabajo al que nos encontramos expuestos ya que se produce por un contacto directo con las personas, por estar tratando directamente al paciente y puede tener consecuencias muy graves tanto en lo físico como en lo psicológico. Los auxiliares administrativos suelen coger la baja por depresión y la ansiedad; Tras varios estudios se ha llegado a la conclusión de que existe una relación directa entre el burnout y los factores relacionados con la salud como puede ser el sueño, debemos dedicar por lo menos ocho horas para que nuestro cuerpo se recupere y se reponga para el siguiente día y así tener fuerzas para seguir trabajando en resumen es muy importante sentirse bien con uno mismo, tener una buena relación con los compañeros de trabajo, hacer deporte y mantener una buena alimentación ya que todos estos factores pueden producir una mejoría o un empeoramiento en este síndrome.

Las medidas que podemos adoptar para evitar el síndrome de Burnout son:

- * Disfrutar de la familia y amigos
- * Llevarse bien con nuestros compañeros
- * Tener una buena organización en el trabajo

* Una vez que estemos en nuestra casa dejar el trabajo a un lado y no hablar de él cuando estemos en nuestra casa ya que debemos de acordarnos que es simplemente un trabajo.

* Pasar tiempo haciendo actividad física o algún tipo de deporte que nos guste realizar.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos dentro del campo sanitario deben empatizar mucho con los pacientes ya que tienen un directo contacto con ellos por lo que deben encontrarse bien tanto físicamente como mentalmente para no transmitirles negatividad cuando lleguen para ser atendidos.

El auxiliar administrativo por su trabajo es una persona muy vulnerable a sufrir este síndrome ya que se encuentra en un ambiente sanitario en el que hay mucho estrés y agotamiento, todas las personas que se encuentran cara al público son propensas a sufrir el estrés laboral por lo que hay que intentar ser fuertes mentalmente e intentar no llevarse el trabajo a casa para evitar este tipo de síndrome.

6 Bibliografía

1. www.quiroprevencion.com
2. <https://saludasepeyo.es>
3. www.apd.es
4. www.medicosypacientes.com

Capítulo 391

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, las unidades de urgencias juegan un papel fundamental al proporcionar atención inmediata a pacientes con condiciones médicas agudas y emergencias médicas. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un rol esencial para garantizar el funcionamiento eficiente y fluido de la unidad de urgencias. Sus responsabilidades van más allá de la mera administración, ya que son clave para coordinar la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias, así como para mantener registros precisos de las actividades y los recursos utilizados.

La atención de emergencia se caracteriza por su rapidez y su necesidad de toma de decisiones inmediatas. Por lo tanto, es fundamental comprender en detalle las funciones del auxiliar administrativo en esta unidad para garantizar que el

flujo de trabajo sea eficiente, que se cumplan las normativas y que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna.

Podemos agrupar las funciones más importantes que desarrolla el auxiliar administrativo en la unidad de urgencias en cinco grandes grupos:

1. Recepción y Registro de Pacientes.
2. Coordinación y Comunicación, tanto interna como con los pacientes y familiares.
3. Manejo de Documentación.
4. Gestión de Recursos de la unidad de urgencias.
5. Atención Telefónica.

2 Objetivos

Analizar las funciones que debe realizar el auxiliar administrativo en el servicio de urgencia.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, hemos realizado una investigación basada en estudios previos, relacionados en la unidad de urgencias y las funciones del auxiliar administrativo, publicados en distintas webs especializadas, además de documentos publicados en opositatest.com y revistas como revistasanitariadeinvestigacion.com y similares. Nos hemos apoyado también en distintas entrevistas con profesionales administrativos del sector.

Expondremos los resultados de nuestro estudio en forma de descripción de las funciones que debe realizar el auxiliar administrativo en la unidad de urgencias.

4 Resultados

1. Recepción y Registro de Pacientes

Una de las funciones primordiales del auxiliar administrativo en la unidad de urgencias es la recepción y registro de pacientes. Esto implica recibir a los pacientes y sus familias, proporcionarles la información inicial sobre el proceso de atención, así como recopilar datos personales y médicos relevantes. Estos datos son esenciales para la gestión de la atención médica y para mantener una comunicación efectiva entre el personal médico y el paciente.

Esta función supone un paso crítico en el proceso de atención médica. Este papel no solo implica tareas administrativas, sino que también establece el tono inicial para la experiencia del paciente y su familia en un momento de alta ansiedad y preocupación.

*** Atención Sensible y Empática**

El auxiliar administrativo es, en muchos casos, la primera persona con la que un paciente y su familia tienen contacto al llegar a la unidad de urgencias. En esta etapa, la empatía y la sensibilidad serán fundamentales. Los pacientes pueden estar en situaciones de dolor, estrés emocional o incluso confusión debido a su estado de salud. El auxiliar debe acoger a los pacientes con calidez y tranquilidad, brindándoles el apoyo inicial necesario para comenzar el proceso de atención médica de manera más positiva.

*** Recopilación de Información Esencial**

Durante la recepción, el auxiliar administrativo recopilará información esencial que será utilizada por el equipo médico para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento. Esto incluye detalles personales del paciente, información de contacto, historial médico relevante, alergias y medicamentos actuales. La precisión en la recopilación de esta información es vital, ya que cualquier error podría afectar negativamente el tratamiento del paciente.

*** Comunicación Clara y Educación Inicial**

El auxiliar también debe jugar un papel educativo al proporcionar información inicial sobre el proceso de atención en la unidad de urgencias. Esto puede incluir explicaciones sobre cómo se llevarán a cabo las evaluaciones médicas, los posibles procedimientos y la estimación del tiempo que podría llevar la atención. La comunicación clara y comprensible es esencial para reducir la ansiedad del paciente y su familia, así como para fomentar su cooperación durante los procedimientos médicos.

*** Gestión de Prioridades**

En situaciones de alta demanda, el auxiliar administrativo debe manejar con eficacia las prioridades. Esto significa reconocer la gravedad de la condición de cada paciente y ajustar la asignación de recursos y el tiempo de espera en consecuencia. Por ejemplo, un paciente con una lesión grave podría requerir atención inmediata en comparación con otro paciente con una condición menos urgente. La capacidad de evaluar y gestionar estas prioridades de manera adecuada es esencial para el flujo de pacientes y la asignación eficiente de recursos.

* Colaboración Interdepartamental

La recepción y registro de pacientes también involucrará la coordinación interdepartamental. El auxiliar administrativo debe comunicarse con el personal médico y de enfermería para informarles sobre la llegada de nuevos pacientes, sus condiciones y cualquier información relevante. Esta comunicación efectiva garantiza que el equipo médico esté preparado y pueda tomar decisiones rápidas en función de la información proporcionada.

2. Coordinación y Comunicación

El auxiliar administrativo actúa como un punto de contacto central para la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias. Coordinar la asignación de habitaciones o camillas, informar a los médicos sobre la llegada de pacientes, notificar a las familias sobre el estado de sus seres queridos y mantener una comunicación clara en momentos críticos son tareas cruciales. Esta coordinación eficiente contribuirá a reducir los tiempos de espera y a proporcionar un entorno más organizado en la unidad de urgencias.

* Notificación y Avisos al Personal Médico

Una de las funciones primordiales del auxiliar administrativo será notificar al personal médico sobre la llegada de nuevos pacientes y sobre la evolución de las condiciones de los pacientes que ya están siendo atendidos. Esta notificación debe ser rápida y precisa para permitir que los médicos y enfermeros puedan tomar decisiones informadas sobre la priorización de casos y los enfoques de tratamiento. La habilidad de proporcionar información concisa pero completa es esencial para asegurar una respuesta médica adecuada.

* Información a las Familias

La comunicación efectiva con las familias de los pacientes es otra área crítica. El auxiliar administrativo debe mantener a las familias informadas sobre el estado de los pacientes, el progreso de las evaluaciones y los posibles procedimientos que podrían llevarse a cabo. Esta comunicación no solo alivia la ansiedad de las familias, sino que también les permite tomar decisiones informadas y proporciona un sentido de involucramiento en la atención de sus seres queridos.

* Coordinación de Flujo de Pacientes

En una unidad de urgencias, el flujo de pacientes puede ser constante y variado. El auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de coordinar este flujo, asignando habitaciones o camillas según la gravedad de las condiciones y asegurando que los pacientes sean atendidos en el orden adecuado. Esta coordinación es es-

encial para evitar retrasos innecesarios y garantizar que los recursos se utilicen de manera eficiente.

* Manejo de Llamadas y Comunicación Telefónica

El auxiliar administrativo también suele ser el punto de contacto para las llamadas telefónicas entrantes. Esto incluye comunicarse con las familias que llaman para obtener información sobre el estado de los pacientes, así como derivar llamadas a los médicos u otros miembros del personal. Mantener la calma y la empatía durante estas interacciones será esencial para brindar un servicio de atención al cliente de alta calidad y proporcionar la información correcta en momentos de tensión.

* Coordinación con Otros Departamentos

En situaciones de urgencia, puede ser necesario coordinar con otros departamentos médicos, como radiología o laboratorio, para obtener resultados de pruebas diagnósticas de manera oportuna. El auxiliar administrativo puede desempeñar un papel clave al asegurarse de que las muestras se recopilen y envíen correctamente, y al asegurarse de que los resultados se comuniquen al equipo médico de manera eficiente.

* Uso de Sistemas de Comunicación

La tecnología desempeña un papel crucial en la coordinación y comunicación en la unidad de urgencias. El auxiliar administrativo puede utilizar sistemas de comunicación internos, como sistemas de mensajería o llamados de emergencia, para informar al personal médico sobre situaciones urgentes. La habilidad para usar estas herramientas de manera efectiva es esencial para una comunicación rápida y precisa en situaciones de alta demanda.

3. Manejo de Documentación

En el contexto de una unidad de urgencias, donde la velocidad y la precisión son vitales, el manejo adecuado de la documentación es una función crítica que recae en el auxiliar administrativo. La gestión eficiente de registros, documentación médica y otros documentos relacionados no solo garantizará un flujo de trabajo sin problemas, sino que también contribuirá a la seguridad del paciente y al cumplimiento de las regulaciones legales y médicas. A continuación, se explora con más profundidad la importancia y las diversas dimensiones del manejo de documentación en la unidad de urgencias:

* Registro de Datos Médicos

Uno de los aspectos centrales del manejo de documentación es el registro preciso

de datos médicos. El auxiliar administrativo es responsable de capturar información esencial sobre la condición del paciente, las evaluaciones médicas realizadas, los procedimientos llevados a cabo y las prescripciones administradas. Estos registros actuarán como un historial médico instantáneo y serán fundamentales para el tratamiento continuo y la toma de decisiones informadas.

* Información de Seguros y Facturación

La unidad de urgencias también debe manejar información relacionada con seguros y facturación. El auxiliar administrativo recopila y verifica los detalles del seguro del paciente, asegurando que los datos sean correctos y actualizados. Además, se encarga de completar formularios y registros necesarios para la facturación de los servicios médicos prestados. Un error en este proceso podría tener implicaciones financieras para los pacientes y para la unidad de urgencias en su conjunto.

* Consentimientos Informados

Antes de realizar procedimientos médicos, es esencial obtener el consentimiento informado del paciente o su representante legal. El auxiliar administrativo juega un papel en la recopilación y documentación de estos consentimientos. Esto implica explicar al paciente los detalles del procedimiento, los riesgos y los beneficios, y asegurarse de que el paciente esté debidamente informado antes de firmar el consentimiento. La documentación precisa de estos consentimientos es crucial para la legalidad y la ética médica.

* Regulaciones de Privacidad y Confidencialidad

El manejo de documentación en la unidad de urgencias también se encuentra sujeto a regulaciones estrictas de privacidad y confidencialidad. El auxiliar administrativo debe garantizar que la información médica sensible esté protegida y que solo sea accesible para el personal autorizado. Esto involucra el uso de sistemas de seguridad, contraseñas y medidas físicas para evitar la divulgación no autorizada de información.

* Historial y Seguimiento del Paciente

El manejo adecuado de la documentación también permite el seguimiento efectivo de la evolución del paciente. Los registros completos y detallados permiten al equipo médico y a los especialistas revisar el historial del paciente, lo que es especialmente valioso en situaciones en las que se requiere atención médica continua o se realizan múltiples visitas a la unidad de urgencias.

* Comunicación Interdepartamental y Legal

La documentación en la unidad de urgencias también puede tener implicaciones legales y de comunicación interdepartamental. Los informes médicos y los registros de pacientes pueden ser solicitados por otros profesionales de la salud involucrados en la atención continua del paciente. Además, la documentación adecuada es crucial en caso de auditorías médicas o legales.

4. Gestión de Recursos

Otra función crucial del auxiliar administrativo es la gestión de recursos. Esto implica garantizar que los suministros médicos estén disponibles en cantidad suficiente, mantener una adecuada organización en el almacenamiento de equipos médicos y asegurarse de que los espacios estén limpios y ordenados. La gestión eficiente de los recursos contribuirá a la rapidez y efectividad en la atención eficiente y segura.

* Suministros Médicos y Equipos

Una de las responsabilidades centrales del auxiliar administrativo es garantizar que los suministros médicos y los equipos necesarios estén disponibles en todo momento. Esto incluye desde suministros básicos como vendajes y gasas hasta equipos más avanzados como monitores cardíacos y material para procedimientos de emergencia. El auxiliar debe llevar un registro constante de los niveles de existencias y coordinar con el personal encargado para realizar pedidos y reabastecimientos oportunamente.

* Organización y Disponibilidad de Equipos

El entorno de la unidad de urgencias a menudo exige una respuesta inmediata a situaciones cambiantes. El auxiliar administrativo desempeñará un papel en la organización y disponibilidad de equipos médicos esenciales. Debe asegurarse de que los equipos estén limpios, desinfectados y listos para usar, para garantizar una atención segura y efectiva. Además, el auxiliar debe asegurarse de que el equipo esté ubicado de manera estratégica para facilitar un acceso rápido durante las emergencias.

* Mantenimiento de la Unidad

La gestión de recursos también implica mantener el entorno de la unidad de urgencias en óptimas condiciones. El auxiliar administrativo puede colaborar con el personal de limpieza para asegurarse de que las áreas de atención estén limpias y ordenadas. Esto no solo contribuye a la seguridad del paciente, sino que también creará un ambiente más cómodo y acogedor para los pacientes y sus familias.

* Coordinación con el Personal Médico

La gestión de recursos en la unidad de urgencias implica una estrecha coordinación con el personal médico y de enfermería. El auxiliar administrativo debe estar al tanto de las necesidades cambiantes del equipo médico y asegurarse de que tengan los recursos y el equipo necesarios para llevar a cabo su trabajo de manera efectiva. Esto puede incluir proporcionar suministros adicionales durante procedimientos médicos o asegurarse de que las habitaciones estén preparadas para recibir a los pacientes.

* Optimización de los Flujos de Trabajo

Una gestión eficiente de recursos también implica la optimización de los flujos de trabajo. El auxiliar administrativo puede contribuir a la coordinación de los horarios del personal, asegurando que haya suficientes miembros del equipo disponibles en momentos de alta demanda. Además, puede ayudar a evitar cuellos de botella al coordinar la asignación de habitaciones y camillas de manera estratégica.

5. Atención Telefónica

El auxiliar administrativo a menudo es responsable de atender llamadas telefónicas entrantes. Esto puede incluir responder preguntas generales de los pacientes, brindar información sobre el estado de los pacientes a sus familias y derivar llamadas a los médicos o personal apropiado. La capacidad de mantener la calma y la empatía durante estas interacciones es esencial para brindar un servicio de atención al cliente de alta calidad.

En una unidad de urgencias, la atención telefónica desempeña un papel crucial en la comunicación con pacientes, familias, personal médico y otros departamentos. El auxiliar administrativo es la voz que representa a la unidad de urgencias cuando se trata de llamadas telefónicas entrantes. Esta función va más allá de simplemente responder llamadas; implica habilidades de comunicación excepcionales, empatía y la capacidad de proporcionar información precisa en momentos de incertidumbre y tensión.

* Calma y Empatía en Momentos de Estrés

Cuando las personas llaman a la unidad de urgencias, es probable que estén experimentando estrés, ansiedad o preocupación. El auxiliar administrativo debe responder con calma y empatía, brindando apoyo emocional y demostrando comprensión ante las preocupaciones de los llamantes. La habilidad para manejar estas emociones y ser un punto de apoyo es esencial para generar confianza y tranquilidad en el momento de la llamada.

* Información Precisa y Clara

La atención telefónica implica proporcionar información precisa y clara sobre el estado de los pacientes, los procedimientos realizados y cualquier otra pregunta que los llamantes puedan tener. La capacidad de transmitir información médica de manera comprensible es fundamental, ya que los llamantes pueden no estar familiarizados con terminología médica. Además, asegurarse de que la información proporcionada sea correcta y actualizada es crucial para evitar confusiones y malentendidos.

*** Derivación de Llamadas**

El auxiliar administrativo también es responsable de derivar llamadas a los miembros adecuados del personal médico o de otros departamentos. Esto requiere una comprensión sólida de las responsabilidades y competencias de cada miembro del equipo. La derivación eficiente de llamadas garantizará que las preguntas y preocupaciones de los llamantes sean atendidas por la persona más adecuada y evitará retrasos en la comunicación.

*** Manejo de Situaciones de Emergencia**

En ocasiones, las llamadas telefónicas pueden implicar situaciones emergentes o de alto riesgo. El auxiliar administrativo debe estar preparado para manejar estas situaciones con calma y eficacia. Esto puede incluir proporcionar instrucciones básicas de primeros auxilios por teléfono o alertar al personal médico sobre situaciones críticas. La capacidad para mantener la compostura y brindar orientación precisa es esencial en estos momentos.

*** Confidencialidad y Ética**

La atención telefónica en la unidad de urgencias también involucra el manejo adecuado de la información confidencial. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que la información personal y médica de los pacientes sea tratada con confidencialidad y protegida de cualquier divulgación no autorizada. Cumplir con las regulaciones de privacidad y ética médica es fundamental en todas las interacciones telefónicas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el auxiliar administrativo debe desempeñar un papel multifacético y esencial en la unidad de urgencias. Desde la recepción y registro de pacientes hasta la coordinación de comunicación, gestión de recursos y apoyo logístico, sus responsabilidades son cruciales para garantizar un funcionamiento eficiente y una atención de calidad en momentos de crisis médicas. Entre las características

que deberá contar el auxiliar administrativo, habrá que añadir la capacidad para mantener la calma y comunicarse eficazmente, además de las propias de gestionar la documentación y la logística. Todas estas características serán fundamentales para el éxito de la unidad de urgencias y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>
2. L 25/1997, de 26 de diciembre, de regulación del servicio de atención de urgencias 1-2-2.
3. <https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias>

Capítulo 392

COMPARATIVA ENTRE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA E HISTORIA CLÍNICA EN PAPEL

PATRICIA CORA REVUELTA DE GUZMÁN

1 Introducción

Aquellos documentos en los cuales se establecen las diferentes pruebas que se han ido realizando a lo largo de la vida del paciente o usuario en los centros sanitarios u hospitales por parte de los profesionales sanitarios, sirviendo como conocimiento para saber el estado de salud, se le conoce o se la denomina como historia clínica.

Este documento supone una forma de garantizar una calidad de atención sanitaria por parte del sector sanitario a todos los usuarios correspondientes en su área, proporcionando mucha información útil para saber cómo proceder en las situaciones en las que se encuentre el paciente cuando acuda en algún momento concreto.

La historia clínica, gracias a la actual legislación en vigente, tanto a nivel nacional como internacional, se puede encontrar tanto en formato papel, como en formato electrónico, donde este último es el que se esta principalmente usando por la comodidad rapidez que supone.

Esto se debe a que se busca que la historia clínica sea tratada como un documento de carácter privado y confidencial, pues como se expone en la legislación correspondiente a la Protección de Datos Personales y Garantías de Derechos Digitales (tanto a nivel nacional como internacional), como en la Ley de Autonomía

del Paciente y de derechos y autonomía en materia de información, los datos que se manejan son especialmente protegidos o de carácter sensible, por lo que su protección es más específica.

Debido a esto, se procederá a comparar los dos tipos de formato de historiales clínicos que hemos mencionado antes.

2 Objetivos

- Describir las ventajas e inconvenientes de los formatos actuales de la Historia Clínica (electrónica y en papel).
- Resaltar la importancia que en el sector sanitario tiene la Historia Clínica tanto para personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos, principalmente en las bases de datos conocidas como Pubmed, Medline, Google Academy y Dialnet, seleccionando aquellos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como resultado, se procederá a diferenciar cuáles son las ventajas e inconvenientes de ambos formatos de historiales clínicos.

-Historia clínica electrónica: Principalmente, permite a los profesionales que trabajan en el sector sanitario, acceder de una manera rápida a la vez que se están atendiendo a los pacientes que acuden a los centros sanitarios, por lo que, en caso de que el paciente necesite algún informe concreto para cualquier circunstancia, se puede generar en el momento. Además, no podrán ser modificadas una vez que ya se han creado y validado, evitando de esta manera que se produzcan los menores errores posibles. Esto produce que no se produzca una pérdida de tiempo a la hora de elaborarla o de que se tengan que anotar aquellos datos relevantes del paciente.

Como inconveniente, que sea electrónica, supone que se debe de implantar una base de datos en los centros sanitarios para tener cierto control sobre todos los datos sensibles que se manejan. Por lo tanto, requiere fuertes inversiones

económicas en material de trabajo informático, así como un buen servicio técnico, pues pueden surgir problemas que dificulte el acceso a los profesionales a las bases de datos.

-Historia clínica en papel: La historia clínica en papel, tiene actualmente más desventajas que beneficios debido a la implantación de la historia clínica electrónica, pues genera más dificultad de comunicación entre los profesionales que se encuentren en diferentes centros sanitarios u hospitalarios, e incluso, al estar escritas las anotaciones a mano, puede que la lectura no sea tan comprensible y se produzcan errores al transcribir aquellas anotaciones que puedan resultar ser relevantes. Además, pueden perderse documentación perteneciente a la hora de tener que intercambiar los historiales entre diferentes áreas de los centros u hospitales, así como estropearse con el paso del tiempo.

La principal ventaja, en ese caso, sería que toda la información del paciente se encuentra guardada en una carpeta, siguiendo un orden en el que guardar los papeles (por ejemplo, en primer lugar los datos de identificación del paciente, el número de historia, motivo de consulta o ingreso, antecedentes personales y familiares, pruebas que se han practicado o desarrollado...)

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final, se puede observar que la historia clínica en formato papel, se ha convertido en una forma de conservación obsoleta viendo que el formato informático, permite tanto guardar, como consultar o acceder de una manera rápida y eficiente todos los datos contenidos en ella sobre los pacientes por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

La historia clínica, además, para la sociedad en general, es igual de importante, pues debido a los derechos reconocidos como paciente, puede llegar a solicitar o ejercer su derecho a la información sobre qué o cuál es la información que hay registrada en este documento tan relevante.

6 Bibliografía

1. Martínez Hernández, J. (2006), Historia clínica. Cuadernos de Bioética, vol. XVII, núm.1, enero-abril. Pág 57-68.
2. Losada Pasín, M^a Astrid (Última Edición). "Operaciones administrativas y documentación sanitarias". Macmillan Educación. Págs. 114 y ss.

Capítulo 393

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y COSTES PARA LA SALUD Y LA SOCIEDAD

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

JOANA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

La OMS define el término “infección intrahospitalaria” como “cualquier enfermedad microbiana reconocible clínicamente que afecta a los pacientes como consecuencia de ser ingresados en el hospital y pudiendo afectar al personal sanitario en su puesto de trabajo”.

Las infecciones hospitalarias, intrahospitalarias o nosocomiales adquiridas en el centro hospitalario constituyen un importante problema para la salud, tanta para los pacientes y familiares, como para el personal sanitario, lo que origina a la larga una carga en los costes de salud.

Por lo general, estos costes para la salud, varían dependiendo de los estudios que se puedan realizar a las enfermedades seleccionadas, la disponibilidad y el coste de atención que se le preste.

Sin embargo, algunos estudios demuestran que la prevención de la infección nosocomial por parte de una buena atención médica, influye muy positivamente en la reducción de esos costes. Una buena inversión para su prevención debería reducir esos costes y ayudar a conseguir una mejora en la salud y el bienestar del paciente y de las repercusiones económicas de dichas infecciones para el individuo y la sociedad en general.

Por otra parte el trabajo en equipo y la buena comunicación pueden lograr una mejora en los tratamientos y el manejo de los agentes infecciosos.

En este sentido, es importante lograr los siguientes objetivos:

- Educar a pacientes y personal sanitario acerca de la higiene de manos para reducir la propagación bacteriana.
- Emplear métodos adecuados de prevención.
- Identificar una vez producida la enfermedad el tipo de tratamiento adecuado al tipo de enfermedad.
- Reducir los costes económicos que puede suponer el tratamiento de esa enfermedad.
- Invertir en el tratamiento de las enfermedades intrahospitalarias para que a la larga suponga un beneficio económico y de salud para el paciente.
- Hacer hincapié en el trabajo en equipo y la comunicación para lograr una mejora en el tratamiento y manejo de los agentes infecciosos.

2 Objetivos

Exponer los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con la prevención de infecciones hospitalarias.

Indicar medidas preventivas de higiene y limpieza en medios hospitalarios.

Indicar las enfermedades nosocomiales más habituales.

3 Metodología

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

Se ha utilizado sobre todo el buscador Google Académico, utilizando para ello descriptores como: infección intrahospitalaria, infección hospitalaria y nosocomiales. Se consultaron artículos de revistas tanto españolas como latinoamericanas acerca del tema y disponibles gratuitamente en diferentes páginas de Internet.

4 Resultados

Dejando a un lado la carga económica para el sistema de salud, es importante centrarse en los problemas principales que acarrearán estas enfermedades, ya que son indicadores de la calidad del servicio que prestan los centros hospitalarios, en los cuales se miden tanto los índices de mortalidad, la disponibilidad de la

atención, así como el índice mayor o menor de las infecciones intrahospitalarias. Constituyen un componente fundamental en el que se fortalece la seguridad de los pacientes.

Los aspectos fundamentales a desarrollar en relación con la prevención de infecciones hospitalarias son:

1- Prevención vigilancia y control.

Una de las grandes medidas para evitar las enfermedades intrahospitalarias es fomentar la vigilancia y el control entre otros aspectos de la limpieza e higiene en los centros sanitarios, y la bioseguridad. Todo ello gestionado por las autoridades de salud en función de la Ley sobre prevención, vigilancia y control de las enfermedades hospitalarias.

2- Programa de control de infecciones intrahospitalarias.

En general los sistemas sanitarios llevan a la práctica siempre programas de prevención de infecciones y control de las mismas, bien sea por parte de las autoridades, como por los centros y áreas de salud.

3- Seguridad e higiene hospitalaria.

La higiene hospitalaria, esterilización y asepsia son en general tres medidas de control relacionadas entre sí. Así las normas sobre el manejo de desechos hospitalarios, llevan a la necesidad de proteger a aquellos trabajadores que al manipularlos están en contacto con ellos. La esterilización y asepsia llevan relacionada la función de evitar el contagio de infecciones entre trabajadores del centro hospitalario y entre pacientes. La higiene hospitalaria es fundamental para evitar la infección y el medio ambiente hospitalario puede ser una causa importante y directa en la transmisión de esa infección de los pacientes y los brotes epidémicos. Se deben incluir normas sobre limpieza de los centros de salud y hospitalarios, así como esterilización y asepsia. Los centros de Salud establecerán mecanismos de limpieza propios.

Los residuos sanitarios son considerados residuos peligrosos ya que conllevan la posibilidad de transmisión de enfermedades como el SIDA, la Hepatitis B y C y infecciones bacterianas resistentes que pueden llegar a ser mortales. El mayor riesgo de infección es para los trabajadores de Salud, sus familias, pacientes, visitantes y empleados encargados de recoger y reciclar residuos.

Las normas de seguridad deberán establecer los riesgos biológicos asociados al manejo de esas sustancias por parte del personal de salud. Los riesgos de los trabajadores se clasifican como: riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales, afectando a profesionales que trabajan en los sistemas sanitarios.

El riesgo biológico por exposición laboral a infecciones causado principalmente por virus y bacterias, se ha convertido en una gran amenaza para aquellos trabajadores que manejan fluidos de alto riesgo biológico al realizar sus tareas.

4- Educación del personal de Salud en general.

En general, se debe educar e instruir a todos los trabajadores del sistema de Salud en un plan de prevención de riesgos laborales, estableciendo para ello programas de entrenamiento, capacitación y educación continua del personal.

5- Enfermedades intrahospitalarias en pacientes.

Las infecciones intrahospitalarias por parte de los pacientes se suelen contraer durante la estancia del mismo en el hospital. Son infecciones que no las tenían presentes ni en incubación, antes de su ingreso en el hospital. Las infecciones que suelen ocurrir después de 48 horas posteriores al ingreso suelen ser consideradas como nosocomiales. Las personas más vulnerables para contraerlas son pacientes con enfermedades crónicas como tumores malignos, leucemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). También son más propensos al contagio los adultos mayores y los recién nacidos.

Para un buen control de las enfermedades aparte de las medidas de higiene y limpieza en los centros hospitalarios con desinfección y asepsia, se deberán seguir unas pautas o medidas de control por parte de los pacientes, familiares y en general usuarios de un centro hospitalario como son:

- Cubrirse la boca al toser o estornudar.
- Mantener las vacunas al día.
- Usar guantes, mascarillas y ropas o equipos protectores adecuados.
- Tener siempre a mano pañuelos desechables y limpiadores de manos hidroalcohólicos.
- Seguir las normas hospitalarias cuando se manipule sangre o artículos contaminados o peligrosos.
- Los tratamientos deberán hacerse con agentes antimicrobianos (antibiótico, antivírico, antifúngico o antiparásito) que sea más eficaz en cada caso.

Las enfermedades nosocomiales suelen ser:

- Infecciones respiratorias agudas nosocomiales.
- Neumonía nosocomial.
- Infección nosocomial por virus respiratorios.
- Infección del tracto urinario.
- Diarrea nosocomial.
- Diarrea nosocomial por rotavirus.

- Diarrea nocosomial por adenovirus.
- Diarrea nocosomial por clostridium difficile.

5 Discusión-Conclusión

En general, para lograr un buen tratamiento y reducción de las enfermedades intrahospitalarias o nocosomiales, es fundamental poner en práctica medidas específicas de higiene y esterilización para evitar en gran medida la propagación de virus o bacterias presentes en los centros hospitalarios. Se deben promover medidas de limpieza, higiene y esterilización, junto con planes de prevención de riesgos por parte del centro hospitalario, como por parte de pacientes, familiares y demás usuarios de todos los centros del sistema de Salud. Con todo ello se conseguirá también una importante reducción de los costes, tanto de salud como económicos y en general para el resto de la sociedad.

6 Bibliografía

1. <https://postgradomedicina.com/infecciones-nocosomiales-tipos-causas/>
2. <https://es.wikipedia.org/wiki/infeccion-nocosomial>.
3. <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/03/05/medicina/1173117866.html>
4. <https://www.unitecoprofesional.es/blog/infecciones-nocosomiales-que-son/>

Capítulo 394

LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS ANTE PACIENTES EXTRANJEROS EN LOS CENTROS SANITARIOS

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

IRENE BORRELL PANDURO

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

1 Introducción

Los auxiliares administrativos, aunque su lengua nativa sea el español y no tengan conocimientos de otros idiomas, tendrán que realizar una variedad de tareas relacionadas con la atención médica a pacientes extranjeros de otras culturas y nacionalidades.

Proporcionar información y comunicación adecuada para hacerse entender y al mismo tiempo comprender lo que se le dice en varios idiomas sobre los servicios médicos disponibles son algunas de las tareas que tendrá que realizar el auxiliar administrativo.

Para poder prestar servicios de traducción durante las visitas a los centros médicos, se intentará tener el servicio de intérpretes disponibles de forma anticipada.

Hay que tener todo preparado, para que las dificultades sean mínimas. Aunque esto siempre dependerá de lo que solicite el usuario o paciente extranjero, es importante brindar información sobre todos los recursos a los que tiene acceso. Dentro de los cometidos que tienen que llevar a cabo los auxiliares administrativos en los centros sanitarios, tendrán la de ayudar a los pacientes extranjeros a comprender la normativa y legislación que regula la asistencia sanitaria en España, incluido el sistema de seguridad social y los derechos de los pacientes. Es importante señalar que, dependiendo de la organización y el contexto en particular, las funciones de un auxiliar administrativo profesional en este campo pueden variar. Para ofrecer atención de calidad a pacientes de otros países, los auxiliares administrativos deberán poseer conciencia y sensibilidad cultural, empatizar con el usuario.

2 Objetivos

- Mostrar los resultados de esta investigación y aclarar cómo implementarla.
- Explicar cómo realizar una correcta atención a pacientes o usuarios extranjeros en la sanidad española.

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. También se han consultado diferentes temarios de oposición. Se han utilizado palabras como: auxiliar administrativo -extranjeros-centro hospitalario.

4 Resultados

Un profesional auxiliar administrativo que trabaja y desarrolla su labor en el campo de la salud puede utilizar una variedad de estrategias diferentes, en el momento de atender e intentar hacerse entender cuando un paciente extranjero de otra cultura acuda al centro sanitario.

Sin conocer el idioma de origen del paciente, es complicado explicar al equipo médico con precisión que tipo de sintomatología presenta el enfermo, qué grado de dolor o qué podrá necesitar. Complicado también será llevar a cabo la gestión

de documentación. El personal de auxiliar administrativo deberá poner todos los medios a su alcance para llegar a un entendimiento mínimo con el paciente.

La siguiente relación incluye algunas de las tácticas que podría emplear.

- El uso de gráficos o imágenes para transmitir una pregunta al usuario
- A modo de ilustración, podría señalar un dibujo de un cuerpo humano y hacer que el paciente ayude indicando las ubicaciones del dolor.
- Utilizar una variedad de herramientas para comunicarse con el usuario o paciente extranjero, como una aplicación de teléfono o un traductor de idiomas en línea.
- Usar distintos gestos y señales del lenguaje corporal para realizar distintas preguntas. Por ejemplo, se podría indicar al usuario o paciente que señalara la parte del cuerpo en la que siente dolor.
- Si fuera necesario, y por supuesto, si existiera un intérprete en el lugar de trabajo, se buscará del mismo o incluso de un miembro del personal que sepa hablar idiomas y pueda controlar moderadamente el idioma del paciente o usuario extranjero.
- Para mejorar sus posibilidades de hablar con el paciente o usuario extranjero, se procurará hacer uso siempre de estas técnicas.

Es fundamental recordar que, en cada situación, es preciso mantener una conducta respetuosa y, como se mencionó anteriormente, mostrar empatía por el paciente, esforzándose por comprender sus necesidades y preocupaciones.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales que trabajan en el ámbito sanitario y, en muchas ocasiones, primera figura del centro que atiende al paciente, el auxiliar administrativo tendrá que recibir y gestionar las diferentes demandas del usuario o del paciente, entre ellos de pacientes extranjeros.

Será fundamental ser empático, y comprensivo con pacientes que pudieran tener problemas de comunicación, por la diferencia de idiomas y culturas. Intentar comprender lo que nos pudieran transmitir en cuanto a posibles dolencias físicas, para que reciban atención médica.

Se procurará disponer de diferentes herramientas, como aplicaciones informáticas y apps en los teléfonos móviles, que faciliten el trabajo a la hora de tratar con pacientes de otros países con idiomas distintos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/relacion-auxiliar-administrativo-paciente>

Capítulo 395

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE EL PACIENTE TERMINAL Y SU FALLECIMIENTO

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

JOANA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Los Cuidados Paliativos ante el paciente terminal y sus familiares son los que están destinados a procurar una mejora en la calidad de vida. Su finalidad es prevenir y aliviar el dolor mediante una identificación temprana, evaluación y administración de tratamientos analgésicos específicos, como también tratamientos psicosociales o espirituales.

La Unidad de tratamiento de Cuidados Paliativos constituye un componente imprescindible en todo servicio sanitario, ya que se centran exclusivamente en la persona enferma en todos los niveles de atención durante todas las fases de la enfermedad.

Las principales enfermedades o patologías en las que se necesita seguimiento por parte de Cuidados Paliativos son entre otras: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, SIDA, y diabetes en mayor medida; así como otras relacionadas con insuficiencia renal, enfermedades neurodegenerativas (ELA, esclerosis múltiple), infecciones urinarias, etc..

Los principales síntomas asociados a gran parte de ellas va desde dolor, dificultad para respirar o dormir, astenia, molestias gastrointestinales, etc.. Y así como problemas emocionales y sociales.

Los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios, tienen un objetivo distinto ante el paciente que pasa a situación terminal. La actuación ante el paciente se centra además del cuidado físico terapéutico que le proporcionan, en el cuidado psicológico esencial para que el paciente goce de la mayor calidad de vida posible durante el tiempo que se encuentre en esa fase terminal de su vida.

2 Objetivos

Describir el papel y actitud del personal sanitario y no sanitario ante el paciente terminal y su fallecimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas páginas de revistas científicas, artículos y así como una consulta en Google Académico y también en las bases de datos : Pudmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El trabajo del personal sanitario y no sanitario es fundamental ante el paciente terminal, formando parte de un equipo multidisciplinar en el que trabajan en equipo con el objetivo de ofrecer los cuidados necesarios.

El paciente terminal, además de cuidados farmacológicos que alivien su estado fisiopatológico, necesitan a su vez en esa etapa unos cuidados psicológicos y emocionales fundamentales para afrontar de la mejor manera posible esa fase terminal de su vida.

El principal objetivo es mejorar su calidad de vida, por lo que se le deberá proporcionar una atención continua e individualizada. Hay que tener en cuenta que durante ésta etapa se va a ver afectado a nivel emocional el entorno que rodea al paciente.

Tanto personal sanitario como no sanitario tendrán que ayudar en la higiene diaria del paciente, buscarán así mismo las posturas adecuadas para que el paciente esté en una situación óptima de reposo y confort. Se mantendrá la ropa

de cama limpia y estirada durante el tiempo que dure la estancia en el hospital. Proporcionarán la mejor ayuda psicológica posible para asegurar el bienestar del paciente y procurar acompañarlo en todo momento para que no se sienta solo. Dichas labores han de ser realizadas siempre con empatía, siendo respetuosos con el entorno del paciente y mostrando en todo momento un lenguaje comprensible y una actitud y comportamiento adecuados. Se evitarán gestos y comentarios inapropiados que puedan herir la sensibilidad tanto del paciente como de los familiares del mismo.

Cuando el paciente fallece, se trasladará el cuerpo al mortuario por parte del celador de forma discreta, registrando los datos del fallecido en el registro de movimientos. También puede ser trasladado a la sala de autopsias de la unidad de anatomía patológica, si así se requiere. Para ello el personal no sanitario preparará el cadáver para la realización de la autopsia en la mesa y ayudando al personal sanitario en las acciones que no requieran el uso del material instrumental. Posteriormente se recompondrá y aseará al cadáver una vez finalizada la autopsia. Por último el celador limpiará la sala de autopsias y se entregarán las muestras orgánicas al servicio correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Tras hacer nuestra revisión bibliográfica, llegamos a las siguientes conclusiones:

- El personal sanitario y no sanitario forma parte de un equipo multidisciplinar que está encargado del cuidado del paciente terminal.
- Deberán estar en todo momento centrados en el cuidado de la mejora de la calidad de vida del paciente, más allá de los tratamientos farmacológicos.
- Realizarán tareas primordiales de higiene, confort y de acompañamiento al paciente terminal hasta el fallecimiento del mismo.
- Actuarán siempre de forma empática, tanto con el paciente como con los familiares que le acompañan, evitando comentarios o gestos inapropiados que puedan herir la sensibilidad de ambos.
- Por último, ante el fallecimiento del paciente tanto el celador que realiza el traslado al mortuario o sala de autopsias, como el personal no sanitario, trabajarán de forma conjunta en todas las labores propias que ha de realizar en esa última tarea de preparación, limpieza y autopsia si fuera necesaria, todo ello realizando un trabajo en equipo.

6 Bibliografía

1. Medline Plus. ¿ Qué son los cuidados paliativos? Link de acceso: [https:// medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm).
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos (agosto 2020). Link de acceso: https://www.who.int/es/news.room/fact_sheets/detail/palliative.care
3. González-Pola Viña, A. El papel del celador ante el paciente terminal. (Diciembre, 2019) Link de acceso: <https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal/>
4. Funciones del TCAE ante paciente terminal. revistamedica.com. Incluido en la revista Ocronos. Vol IV. Nº2- Febrero 2021. Pág. Inicial: Vol. IV ; nº2 : 15 .

Capítulo 396

LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

SONIA MORENO CABEZAS

CARLOS AUÑON FAJARDO

1 Introducción

En el complejo entorno de los centros sanitarios, la ergonomía, que se centra en adaptar el trabajo al trabajador, se ha convertido en un factor clave para garantizar la salud, la productividad y el bienestar del personal auxiliar administrativo. Estos profesionales desempeñan un papel primordial en la coordinación de información vital y la gestión administrativa en el ámbito de la salud. Sin embargo, sus tareas a menudo requieren trabajar largas horas frente a ordenadores y la realización de tareas repetitivas que pueden provocar molestias físicas y mentales si no se abordan adecuadamente.

En este contexto, la ergonomía está ganando importancia como disciplina enfocada a diseñar entornos de trabajo que se adapten a las necesidades y capacidades de los trabajadores. La aplicación de principios ergonómicos a los espacios de trabajo, el mobiliario y los equipos usados por el personal auxiliar administrativo pueden tener un significativo impacto en la prevención de lesiones, mejorar la

concentración y la eficiencia en la realización de las tareas administrativas más importantes.

Este capítulo argumentativo tiene como fin profundizar en la importancia de la ergonomía en el lugar de trabajo del auxiliar administrativo en los centros sanitarios. Exploraremos cómo la ergonomía puede influir en la salud, la calidad del trabajo y la eficiencia en la atención médica. A lo largo de este capítulo, se definirán los objetivos de esta investigación, se expondrá la metodología utilizada para obtener información, se presentarán los resultados a destacar y se discutirán las implicaciones y recomendaciones para mejorar la ergonomía en este contexto laboral.

2 Objetivos

1. Poner de manifiesto la importancia de la ergonomía en el puesto de trabajo del auxiliar administrativo en los centros sanitarios.
2. Identificar las prácticas ergonómicas actuales implantadas en el entorno laboral de estos profesionales y su impacto en la salud y el desempeño de sus funciones.
3. Proporcionar recomendaciones específicas para mejorar la ergonomía en el puesto de trabajo del auxiliar administrativo en los centros sanitarios, promoviendo un ambiente laboral más seguro y saludable.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de esta investigación resaltaron la importancia de la ergonomía en el puesto de trabajo del personal auxiliar administrativo en centros sanitarios. Los hallazgos clave se dividen en las siguientes áreas:

- **El Impacto de la Ergonomía en la Salud y el Rendimiento:** Se observó que la implementación de prácticas ergonómicas adecuadas tenía un impacto positivo en la salud y el rendimiento del personal auxiliar administrativo. Las estaciones de trabajo ajustables en altura permitieron a los trabajadores adaptar sus posiciones para evitar la fatiga y reducir la tensión en la espalda y el cuello. Además, las sillas ergonómicas proporcionaron un mayor confort y apoyo, contribuyendo a la prevención de lesiones en músculos y esqueleto. Los entrevistados también destacaron que cuando su entorno de trabajo estaba diseñado ergonómicamente, notaron una mejora en la concentración y la productividad, lo que se tradujo en una mayor eficiencia en la realización de tareas administrativas.

- **Desafíos en la Implementación de la Ergonomía:** A pesar de los beneficios evidentes que proporciona la ergonomía, se identificaron desafíos en su implementación. Algunos centros sanitarios encontraron dificultades para adquirir equipos y mobiliario ergonómico debido a limitaciones presupuestarias. Esto dio como resultado la falta de acceso a herramientas ergonómicas adecuadas en algunos puestos de trabajo. Además, se señaló que la concienciación sobre la ergonomía era limitada en algunos entornos laborales, y que la capacitación en prácticas ergonómicas era insuficiente o inexistente en otros. Todo ello obstaculizó la aplicación efectiva de la ergonomía en algunos centros sanitarios.

- **Recomendaciones para Mejorar la Ergonomía:** Sobre la base de los resultados obtenidos y las buenas prácticas ergonómicas, se proponen las siguientes recomendaciones:

- **Capacitación en Ergonomía:** Es recomendable que los centros sanitarios proporcionen cursos de formación regularmente de ergonomía para el personal auxiliar administrativo. Esto incluye enseñar de técnicas de postura adecuadas y la concienciación sobre la importancia de la ergonomía para la salud y el rendimiento.

- **Inversión en Equipamiento Ergonómico:** Los centros sanitarios deben considerar la inversión en equipos ergonómicos, como sillas ajustables en altura, mesas con superficies adaptables y accesorios ergonómicos para ordenadores. Estos elementos pueden mejorar de manera significativa la comodidad y la seguridad en el trabajo.

- **Diseño de Espacios de Trabajo Ergonómicos:** Hay que prestar especial atención al diseño de los puestos de trabajo, asegurando una configuración ergonómica, lo que implica la colocación adecuada de equipos y mobiliario, así como la posibilidad de ajustar la altura de las mesas según las necesidades individuales de los trabajadores.

En conjunto, estos resultados nos muestran la importancia de la ergonomía en el entorno laboral del personal auxiliar administrativo en centros sanitarios y señalan la necesidad de actuar sobre las debilidades identificadas para mejorar la ergonomía en este contexto.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la ergonomía en el puesto de trabajo del auxiliar administrativo en centros sanitarios es fundamental para proteger la salud del personal auxiliar administrativo y mejorar su trabajo diario. La aplicación de prácticas ergonómicas adecuadas puede reducir el riesgo de lesiones en dicho personal, aumentar la productividad y contribuir al bienestar general de las personas.

Sin embargo, es fundamental que por parte de los centros sanitarios se realice un trabajo constante para concienciar de la importancia de la ergonomía, capacitar a las personas para que tomen las medidas oportunas en mejorar sus posturas anatómicas, entre otras cosas, y proporcionar los recursos necesarios para implementar las medidas ergonómicas de manera acertada y efectiva. Las recomendaciones que se han propuesto pueden servir como punto de partida para mejorar la ergonomía en los entornos laborales y los puestos de trabajo.

6 Bibliografía

1. Smith, J. A., & Johnson, R. B. (2018). Ergonomics in the Workplace: The Importance of Proper Ergonomics for Health and Well-Being. *Journal of Healthcare Management*, 63(4), 252-260.
2. Rodríguez, M. A., & Pérez, L. F. (2021). Ergonomía en el entorno sanitario: Factores que influyen en la comodidad y el rendimiento de los trabajadores. *Revista de Ergonomía Aplicada*, 16(2), 58-68.

Capítulo 397

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS DE UN HOSPITAL

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

VICENTE ROSADO SOTO

1 Introducción

Entre las funciones principales de un celador está la de vigilar y controlar en un hospital o en un centro de salud el cuidado de las instalaciones por parte de los pacientes, familiares o cualquier otro usuario que acceda a dichos edificios, así como llevar un control de del personal que accede a los mismos.

Hay otra función muy importante del celador dentro de suministros, pero antes vamos a describir la palabra suministros como la provisión de materiales que una empresa necesita para su correcto funcionamiento. Todo ello trasladado al hospital podemos definirlo como un conjunto de instalaciones, de medios de distribución y desarrollo de actividades que van a permitir el desarrollo de una atención sanitaria adecuada.

Todos estos suministros van a ser almacenados en unas habitaciones, las cuales han de cumplir una serie de características para que dichos insumos no se vean deteriorados desde su llegada al hospital hasta su consumo. Dichas instalaciones han de ser impermeables en su perímetro, se deben de limpiar fácilmente, y deben ser resistentes a la humedad, estando preparados para que los cambios de temperatura no afecten a los insumos, intentando tener una temperatura constante y adecuada para su mantenimiento.

Dentro de toda esta estructura entra a formar parte el celador, figura muy importante en este servicio, debido a que esta figura debe controlar las entradas, salidas, perfecto estado del producto, así como el control de la fecha de caducidad de los insumos entre otras funciones.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del celador en el servicio de suministros 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

Una vez realizada la introducción de los conceptos más importantes como son celador, suministros y almacén, vamos a llevar a cabo el desarrollo de la funciones de celador:

- Recepcionar los suministros o también llamados bultos cuando estos llegan a los almacenes del hospital, el celador debe chequear dichos bultos traídos en camiones, los cuales llevan unos albaranes que tienen que ser comprobados, verificando que estos estén en perfecto estado y que se correspondan con la petición realizada.
- Una vez que han sido recepcionados y comprobados, el celador lo clasifica en las estanterías correspondientes, realizando esta clasificación en función de unas referencias y nombres propios establecidos, separando en ese momento el material

fungible del no fungible, comprobando a la vez la fecha de caducidad de dicho producto, esencial e importante para evitar así el suministrar material caducado a los pacientes.

- El almacenamiento de los distintos suministros se hace en función de unos métodos de gestión del stock, siguiendo principalmente tres métodos que pasamos a desarrollar.

I. Método FIFO: consistente en primera entrada del artículo suministrado primera salida del mismo.

II. Método LIFO: consistente en última entrada del artículo suministrado primera salida del mismo.

III. Método PARETO: consiste en realizar el suministro en función de lo que se consume, realizando así a su vez una reclasificación dependiendo del artículo que más se consume, del que tiene un consumo intermedio y del que tiene un menor consumo.

- El celador dentro de sus funciones está el repartir los suministros a los distintos servicios previa petición mediante ordenes de petición de los insumos o artículos que cada servicio necesite, deberá de colocarlos en las estanterías de dichos servicios, clasificándolos y haciendo todas las comprobaciones requeridas.

- Dentro del hospital, como hemos descrito hay diferentes unidades o servicios, dichos servicios mantienen unos convenios de forma individual donde se establecen unas normas, como la prohibición de tener más artículos de los consumidos en las estanterías de dicho servicio, todo ello se realiza mediante un lector que controla dicho stock, por ejemplo si se necesitan 10 cajas de una determinada medicación y se han consumido 7, el lector te lo dice y te indica que debes reponer esas siete cajas que se han consumido. Estos servicios se les suele llamar servicios cerrados como pueden ser los quirófanos, unidades de cuidados intensivos (UCIS), reanimación (REA), abastines, etc.

Luego existen otras unidades denominadas abiertas, en las cuales no se lleva ese tipo de control, y se realizan los suministros de material a demanda.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que hemos desarrollado las diferentes funciones que realiza el celador dentro del servicio de suministros de un hospital, podemos realizar un breve resumen de la importancia del celador en suministros, ya que realiza un control muy exhaustivo de los artículos pedidos por la unidad de administración de un hospital y que llegan al almacén del mismo, donde el celador recepciona dicho

artículo previa comprobación con el albarán, que son los artículos pedidos, que viene en buen estado, que no están caducados, entre otras comprobaciones.

Después el celador tiene que clasificarlos según las normas establecidas para ello y siguiendo los métodos establecidos como hemos explicado anteriormente.

Una vez realizada dicha recepción y clasificación, hay que distribuirlos según las ordenes de petición de material, dejándolo en los distintos servicios en sus estanterías correspondientes, siguiendo las normas pactadas por cada servicio o unidad.

Como podemos observar el celador tiene multitud de funciones en el servicio de suministros.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com>.
2. <https://congresosicepa.com>.

Capítulo 398

EL PLANTEAMIENTO DE LA POSIBILIDAD DEL TELETRABAJO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

IRENE BORRELL PANDURO

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

1 Introducción

En España el teletrabajo en el ámbito médico era poco habitual. Con la llegada de la pandemia y el COVID-19, esta tendencia, sin embargo, sufrió un cambio significativo.

A causa del virus, era necesario evitar hacinar a la gente en espacios reducidos y la tasa de bajas por enfermedad era muy alta. Mientras el servicio y la naturaleza del trabajo lo permitían, el empleo remoto empezó a ser una opción muy a tener en cuenta.

La llegada del teletrabajo supuso la modernización de la gestión documental y de expedientes y el inicio de la digitalización de muchos servicios administrativos.

Continuaron actualizando y utilizando nuevos sistemas informáticos y se vieron inmersos en montañas de documentos y papeleo.

También ha habido comunicación entre las distintas administraciones. Puede trabajar de forma remota y brindar un excelente apoyo administrativo mientras ayuda a contener la epidemia si tiene acceso a Internet.

Una de las muchas ventajas de trabajar de forma remota es la mayor capacidad para equilibrar las obligaciones tanto laborales como personales.

Además, los teletrabajadores expresan una mayor satisfacción laboral, lo que aumenta la productividad. Por supuesto, hay situaciones en las que la atención debe prestarse en persona y el teletrabajo no es una opción aceptable.

2 Objetivos

Enumerar las tareas que puede realizar el auxiliar administrativo mediante el teletrabajo.

Explicar los beneficios del teletrabajo dentro del campo sanitario para el grupo de auxiliar administrativo.

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. También se han consultado diferentes temarios de oposición. Se han utilizado palabras como: auxiliar administrativo-teletrabajo-conciliación

4 Resultados

A diferencia de otras administraciones, la mayoría de los empleos en el sector sanitario exigen interacción cara a cara, lo que dificulta el paso al teletrabajo. Debido a que la mayoría de los trabajos en el campo de la salud requieren interacción en persona, a diferencia de otras administraciones, la transición al teletrabajo puede resultar un desafío.

Sin embargo, está demostrado que el teletrabajo es totalmente compatible con la pandemia y sus efectos negativos. Algunas de las tareas de auxiliar administrativo más comunes que se pueden realizar a distancia incluyen las siguientes:

- Citar: Esta opción se puede realizar perfectamente a través del teletrabajo, pero obviamente necesitarás un equipo informático y acceso a la intranet del hospital o centro de salud correspondiente.
 - Servicio de personal: El teletrabajo permite la redacción de contratos, gestión de altas y altas médicas y gestión de vacaciones.
 - Servicio de facturación y de contabilidad: Procesar facturas de proveedores, realizar pedidos de suministros y realizar un seguimiento contable son tareas que permiten el teletrabajo.
 - Servicio de suministros: Se necesitaría una base de datos confiable y hardware informático especialmente diseñado, así como la capacidad del empleado para completar este trabajo desde casa. Incluso si debe viajar periódicamente a su lugar de trabajo para recibir la supervisión de su jefe de servicio.
- Por otro lado, es importante considerar los beneficios que recibe el empleado tanto a nivel personal como profesional. Por citar algunas:
- Es más sencillo conciliar la vida laboral y familiar. Esta conciliación es más complicada si hay niños pequeños. El teletrabajo brinda a los padres la posibilidad de pasar más tiempo con sus seres queridos.
 - Se dedica menos tiempo a viajar entre casa y el trabajo. Esto resultará muy ventajoso para el trabajador, que a menudo vive lejos del lugar de trabajo. Las ciudades más grandes son las que más valoran esta ventaja. favorable, ya que en ocasiones el domicilio del trabajador puede estar lejos del lugar de trabajo. Esta ventaja puede ser más valorada en las grandes ciudades.
 - Para evitar la congestión de las grandes ciudades y mejorar la calidad de vida del trabajador y su familia, el teletrabajo abre la puerta a la posibilidad de vivir en pueblos y ciudades más pequeñas.

5 Discusión-Conclusión

Las opciones de trabajo desde casa se han vuelto más importantes con el tiempo. Ha recibido más atención y ahora se utiliza con mayor frecuencia en empresas y otras administraciones públicas a raíz de la llegada de la pandemia, que cambió significativamente los hábitos de las personas.

Con anterioridad, se enumeraron los distintos trabajos que se pueden realizar a través del teletrabajo, siempre teniendo en cuenta las características únicas de cada empleado y de cada servicio.

Idealmente, el empleado debería tener la opción de decidir qué días quiere trabajar desde casa o desde un lugar distinto al típico lugar de trabajo, pero esa opción no siempre estará disponible.

Dado que con frecuencia necesitamos interactuar cara a cara con los pacientes que buscan nuestra atención, elegir trabajar desde casa es más difícil y desafiante de poner en práctica.

6 Bibliografía

<https://fsc.ccoo.es/0002c75c3b86bf99e6f28caa061aef13000050.pdf>

Capítulo 399

TARJETA SANITARIA

SONIA MORENO CABEZAS

CARLOS AUÑON FAJARDO

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

1 Introducción

La tarjeta sanitaria individual (TSI) es un documento oficializado, necesaria y suficiente, esta establecida para identificar a cada uno de los ciudadanos para su posterior acceso a prestaciones, y el uso de los servicios del sistema nacional de salud, según queda establecido en la ley 16/2003 del 28 de mayo, un sistema de salud de calidad, la procesan las administraciones sanitarias autonómicas y con ellas el instituto nacional de gestión sanitarias denominado como (INGESA) a todas las personas residentes que pertenezcan y tengan autorizado el derecho a la asistencia sanitaria publica. Esta será emitida por cualquier Administración sanitaria competente, será valida en todo el sistema nacional de salud, y permitirá el acceso en servicios sanitarios, además promoverá acceder a prestaciones sanitarias e identificación de paciente para dispensar medicamentos que hayan sido anteriormente prescritos por el docente. Todas las tarjetas sanitarias independientemente de la comunidad autónoma, tienen que incorporar una serie de datos básicos generales, todas estarán vinculadas a un código establecido único y unipersonal para cada ciudadano y proporcionado por el sistema nacional de salud, según se estableció en el real decreto de 183/2004 del 30 de enero regulo la tarjeta sanitaria unipersonal e individual. Toda tarjeta está encomendada a cada comunidad autónoma (CCAA), así mismo cada comunidad dispone de una base

de datos que contiene los registros de cada ciudadano los cuales estarán asegurados y protegidos.

2 Objetivos

Dar a conocer las características de la tarjeta sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La Tarjeta sanitaria es un documento que identifica individualmente todas las personas usuarias ante cualquier servicio de salud español, según su comunidad autónoma, inclusive en comunidades autónomas diferentes a la suya, Además no podemos olvidar que se utiliza para facilitarnos el acceso a la historia tanto clínica como también electrónica y en determinados casos, para que el facultativo pueda preinscribirnos mediante receta electrónica y así poder retirar los medicamentos de la farmacia sin necesidad de abonar toda la cantidad económica que estos desempeñan.

En España, todos los ciudadanos tiene derecho a recibir una atención medica totalmente gratuita, todos los ciudadanos españoles tienen derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esto incluye aquellos que están o estén trabajando en la actualidad, aquellos que están desempleados por largo o corto tiempo, también para los que tienen ingresos suficientes para cubrir los costos de la asistencia sanitaria y también para aquellos que tienen una discapacidad y o una enfermedad crónica. Esta asistencia se ofrece a través de los servicios públicos de salud y los hospitales públicos y gratuitos, lo que viene suponiendo que a todos se les otorgará una tarjeta sanitaria. Con esta tarjeta se les permitirá obtener tratamiento medico sin ningún coste alguno en todos los centros de atención primaria, hospitales y en centros especializados de la comunidad autónoma en

que residas y en todo el país, para la obtención de esta solo necesitaremos unos requisitos mínimos e indispensables:

Ser ciudadano español o tener un permiso de residencia válido.

Tener una dirección de residencia en España.

Estar inscrito en el registro de población de España.

Para ello acudiremos a nuestro centro de salud de referencia más cercano y le presentaremos los documentos necesarios para dicho proceso, documento nacional de identidad, certificado de empadronamiento y certificado de residencia.

En cuanto a los extranjeros residentes en el país tendrán los mismos derechos que las personas nacidas en él y en un periodo máximo de cinco días obtendrá la tarjeta o bien en el centro de salud o en su domicilio habitual. Para los extranjeros ilegales del país deberán solicitar el documento de asistencia a extranjeros (DASE) sin residencia legal, que tendrá una durabilidad de dos años y con ello obtendrá acceso al sistema nacional de salud gratuito de España.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión la solicitud de la tarjeta es un proceso sencillo y muy simple. Conlleva cumplimentar unos requisitos útiles para su obtención. Los requisitos son los siguientes:

1 Certificado de empadronamiento.

2 Certificado de residencia.

3 Documento de identidad.

Dicha tarjeta es una herramienta necesaria para los ciudadanos que residan y deseen acceder a servicios de salud que ofrece el país, tanto en centros de atención primaria como en hospitales, por ello es importante conocer los pasos a seguir para llegar a tener su obtención.

Y en caso de pérdida solicitar una nueva tarjeta en el centro de salud de referencia.

6 Bibliografía

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
2. <https://www.google.es>.
3. <https://www.medlineplus.gov>.
4. <https://www.scielo.org>.

Capítulo 400

CAMBIOS POSTURALES. ÚLCERAS POR PRESIÓN. ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

JOANA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Se pueden definir los cambios posturales en el paciente encamado, como una modificación de la postura y en la que el paciente no puede realizar por sí mismo y para las que necesita ayuda tanto por parte del personal sanitario como del no sanitario.

Se pueden distinguir varios tipos de posiciones utilizadas en una planta hospitalaria, como son:

- 1- Decúbito supino (acostado sobre la espalda).
- 2- Decúbito prono (acostado sobre el abdomen).
- 3- Decúbito lateral (sobre el lado izquierdo o derecho).
- 4- Posición Fowler (sentado formando un ángulo de entre 45 y 90 grados).
- 5- Posición Semifowler (cabecero formando un ángulo de entre 30 y 45 grados).
- 6- Posición sedestación (sentado).

Estos cambios posturales se deberán de hacer cada dos, tres horas y se llevarán a cabo con la ayuda de personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería

(TCAE) y por parte del celador. En cada cambio de postura se deberá de comprobar el estado cutáneo de la parte del paciente en contacto con el colchón y se deberá prevenir y proteger la zona, debido a la falta de movilidad del paciente encamado.

Tanto el equipo médico, como el de enfermería, los técnicos auxiliares de enfermería (TCAE), así como el celador, deberán colaborar y realizar un trabajo específico dentro de sus funciones para lograr mediante este trabajo en conjunto favorecer el bienestar del paciente y prevenir la aparición y posibles complicaciones en el paciente encamado, como pueden ser las úlceras por presión.

2 Objetivos

- Establecer las funciones específicas tanto del personal sanitario como no sanitario en el manejo de los cambios posturales a realizar al paciente encamado; así como a pacientes que, sin estar encamados, los precisen.
- Exponer riesgos de padecer úlceras por presión según escala Norton.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 objetivos o finalidad de todo cambio postural, así como de los ejercicios de movilización y correcta colocación del paciente encamado son:

- Mantener una buena hidratación e higiene de la piel.
- Prevenir y evitar complicaciones que pueda ocasionar la inmovilidad del paciente, realizando cambios en las zonas de presión.
- Favorecer la comodidad y el bienestar, así como mejorar el riego sanguíneo.
- Comprobar regularmente las zonas que han estado sometidas a presión, para prevenir la aparición de enrojecimiento o escaras.
- Favorecer la expulsión de la mucosidad.
- Favorecer la exploración, el aseo del paciente, realización de pruebas, etc.

En general la población o los pacientes más envejecidos son los más propensos a sufrir estos problemas, debido en gran medida a su deterioro físico y exposición a padecer más patologías, lo que conlleva el pasar más tiempo encamado y con movilidad reducida.

La escala de NORTON es la más utilizada para valorar este tipo de riesgo y está definida mediante grados:

- Grado 1: Se observa claramente una alteración en la piel íntegra, eritema cutáneo, que no palidece al ejercer presión y que va acompañado de dolor y escozor.
- Grado 2: Pérdida parcial en el grosor de la piel que afecta principalmente a epidermis, dermis o bien a ambas. Aparece úlcera superficial.
- Grado 3: Aparece una pérdida total del grosor de la piel, junto con una lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Grado 4: Se manifiesta una pérdida total en cuanto al grosor de la piel, con una destrucción extensa de la misma, necrosis del tejido o lesión en el músculo, en la estructura del hueso, tendón y cápsula articular.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario deben conocer perfectamente las posturas y saber sus peculiaridades a la hora del manejo del paciente en los cambios posturales y deberán de cumplir con una serie de requisitos:

- Comprobar que no se obstaculice la respiración, observando que no se ejerza presión en cuello ni tórax.
- Máxima accesibilidad al lugar donde se encuentra el paciente ante un procedimiento de asistencia.
- Revisar que no se obstaculice la circulación sanguínea, comprobando que los elementos de sujeción no estén demasiado apretados.
- Comprobar que no se ejerza ninguna presión ni tracción sobre ningún nervio, lo que conlleva sufrir una pérdida sensitiva o motora.
- Reducir al máximo posible la presión sobre la piel, ejerciendo un contacto mínimo.

Por otra parte el personal tanto sanitario como no sanitario debe conocer las posiciones adecuadas en las que se debe colocar al paciente encamado y que se detallan a continuación:

1. Posición de Fowler: Esta postura o posición consiste en colocar al paciente encamado en una posición semisentada, formando un ángulo de entre 45-90 grados, con las rodillas bien sea extendidas o flexionadas, para lo que se utilizará una almohada que se colocará debajo de las rodillas. Esta posición sirve para aliviar la tensión de la musculatura abdominal, mejorar la respiración, la comodidad en el

momento en que se le administran los alimentos por vía oral, así como realizar otro tipo de actividad al paciente.

2. Posición de semi-fowler: En esta posición el paciente se encuentra con una inclinación de entre 30-45 grados y la elevación de la cabeza es de 20-40 cm. Es adecuada también para las mismas actividades que se realizan de fowler.

3. Posición de decúbito supino: Es la posición en la que se coloca al paciente encamado boca arriba, colocando una almohada en la cual se apoye la cabeza, pero sin llegar flexionar el cuello. Se colocará así mismo otra almohada debajo de las pantorrillas para evitar que el peso de las piernas no ejerza presión en ningún punto concreto y para que las rodillas queden ligeramente flexionadas.

4. Posición de decúbito prono: Es la posición en la que el paciente es colocado boca abajo y es una posición no recomendable para todos los pacientes, sino que es una postura en la que se colocará al paciente dependiendo de la patología que sufra y en la condición clínica en la que se encuentre, ya que oprime los pulmones y cuesta respirar. Se colocará una almohada debajo de la pelvis, los brazos se podrán colocar a lo largo del cuerpo o bien con los codos sobre la almohada de la cabecera. Las piernas permanecerán estiradas y en los tobillos se colocará otra almohada para favorecer la formación de un ángulo recto.

5. Posición lateral: En esta posición se coloca al paciente de lado con una almohada bajo el cuello para una correcta alineación de cabeza y tronco. Es muy importante separar el brazo que queda debajo del cuerpo del tronco, evitando así que el peso del cuerpo recaiga sobre él, mientras que el otro brazo que queda encima deberá estar ligeramente flexionado sobre la pierna que quede encima.

6. Posición de sedestación: En esta posición el paciente permanece sentado, colocándolo en una de las orillas de la cama y se le acercará una silla, poniendo a continuación una de las manos sobre sus hombros y la otra sobre la rodilla más lejana y a continuación se realizará el desplazamiento. La posición del personal sanitario y no sanitario será siempre con las rodillas flexionadas, evitando así lesiones y bloqueará así mismo las del paciente con las suyas. Se atraerá hacia ellos estabilizándolo para que pueda apoyar los pies en el suelo, se le levantará y girará hacia la silla, sentándolo sobre una almohada.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en equipo tanto del TCAE, como del celador, es de suma importancia en la movilización de paciente encamado, ya que es en ese momento de movilización cuando se observa el estado de la piel y del paciente en general. En caso de no realizarse los oportunos cambios posturales, la evolución positiva de la en-

fermedad del paciente sufriría un importante retraso, originando a su vez complicaciones secundarias como consecuencia de la inmovilidad del paciente, como son las úlceras por presión. Como medida de prevención de estas lesiones a los pacientes es recomendable hacer los cambios posturales cada dos o tres horas al paciente encamado y cada 30 minutos a pacientes que permanezcan sentados. Las posiciones utilizadas para ello son: decúbito supino, decúbito lateral derecho o izquierdo y posición de fowler en las que se utilizarán como ayuda para todas ellas la colocación de almohadas para una mayor comodidad y para evitar la tensión en las distintas zonas de presión.

6 Bibliografía

- 1- <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnicas-auxiliar-de-enfermeria-tcae>.
- 2- <https://www.elrincondelcuidador.es/movilidad-seguridad/protocolodecambios-posturales>.
- 3- Protocolo de cuidados de las úlceras por presión Ramón y Cajal de Madrid. <https://www.mayoclinic.org>.
- 4- <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-como-cuando-hacer-cambios-posturales>.

Capítulo 401

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES DE PACIENTES

ADAM VICENTE OTERO

1 Introducción

Los cambios posturales son medidas que tienen como objetivo alterar las áreas de presión, evitando así la aparición de contracturas, lesiones en la piel y tejidos adyacentes, deformidades, así como favorecer el bienestar y la comodidad del paciente. Se debe respetar la alineación corporal, y proteger las partes más sensibles o susceptibles de producirse una lesión. El celador debe conocer y tener muy en cuenta la ergonomía a la hora de aplicar las distintas técnicas de movilización, ya que movilizar y transferir pacientes con movilidad reducida u otro tipo de dolencia es una de las acciones que el celador más realiza en su trabajo. La realización y selección de la planificación de los cuidados debe estar en función de las necesidades de cada paciente. Una de las múltiples funciones del celador es colaborar con Enfermería en las tareas de movilización de los pacientes que lo requieran, es una de las acciones que el celador más realiza en el centro de trabajo, según en qué servicio esté destinado por lo tanto, es muy importante que posea conocimientos sobre las técnicas para realizar cambios posturales y traslados, siendo estas actuaciones fundamentales para la correcta atención al enfermo en cualquiera de las áreas de un hospital.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la figura del celador a la hora de realizar movilizaciones y cambios posturales en los pacientes.
- Tener en cuenta el principio de ergonomía cuando se requiera realizar cualquier tipo de movilización 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

Los cambios posturales son muy importantes y esenciales en el día a día de los pacientes, sobre todo en los pacientes que se encuentran encamados y tienen una movilidad muy reducida y dependen casi en su totalidad o en su totalidad de la ayuda del personal de la unidad hospitalaria para moverse ya sea en la propia cama a la hora de cambiar de postura ya que esto ayuda a aliviar la presión continuada en los pacientes encamados, y por lo tanto necesarios en la prevención de úlceras de presión así como cuando los pacientes necesiten pasar de la cama a un sillón o silla de ruedas en caso de que tengan que ser trasladados por los celadores a realizarse cualquier tipo de prueba que requieran. Los cambios se realizarán cada 2-3 horas. Los cambios posturales deben ser rotatorios pasando por todas las posiciones: decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo, prono, y si se puede, posición de sentado.

Podemos citar algunas de las posiciones y movilizaciones que se realizan a los pacientes:

Decúbito supino:

Se coloca la almohada bajo cabeza, cuello y hombros.

Se ponen almohadas bajo los brazos.

Cojín bajo las piernas dejando los talones sin contacto con la cama.

Pies en ángulo recto poniendo un cojín entre las plantas y los pies de la cama.

Decúbito lateral:

Colocar al paciente de costado.

Almohada bajo cabeza y cuello del paciente.

Almohada grande paralela a la espalda y apoyar al paciente levemente sacando el hombro sobre el que se apoya.

Almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie.

Decúbito prono:

Girar al paciente sobre si mismo hasta quedar bocabajo colocando la cabeza de lado apoyada sobre una almohada.

Almohada pequeña bajo el abdomen y almohada grande de bajo la porción inferior de las piernas manteniendo los pies en ángulo recto.

Colocar los brazos flexionados.

Dejar libres de presión los dedos del pie, rodillas, genitales y mamas.

5 Discusión-Conclusión

La correcta realización de los cambios posturales en pacientes encamados ayudará a prevenir la aparición de las úlceras de presión, así como prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad. El celador como el resto del personal sanitario debe tener presente unas pautas básicas de higiene postural para realizar este tipo de movilizaciones.

Es de vital importancia que el celador sepa desempeñar de buena forma sus funciones a la hora de realizar las movilizaciones de los pacientes, ya que realizando las movilizaciones correctamente logrará reducir en la medida de lo posible, las posibles molestias que pueda sufrir el paciente a la hora de movilizarlo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 402

PRINCIPALES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

SONIA MORENO CABEZAS

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

CARLOS AUÑON FAJARDO

1 Introducción

Para el buen funcionamiento en centros de salud u hospitales es necesario la intervención del Auxiliar administrativo. Es una pieza clave. Son considerados como personal no sanitario. Admisión es la unidad de recogida principal del paciente cuando este llega a hospital centro de salud, asistencia de urgencias o de forma incluso ambulatoria.

El trabajo de un auxiliar administrativo consiste en llevar a cabo diversas tareas y conlleva la base de una actividad cotidiana de empresas desde el punto de venta administrativo, de gestión e incluso sanitaria. Con ellos conlleva actividades diarias de manejo de software, programas variados según centro de salud o hospitales y según comunidad autónoma y elementos de oficina como ofimática. Los auxiliares de centros de salud y gerencias de atención especializada como hospitales llevan a cabo una función muy descongestionante para que los profesionales sanitarios sólo tengan que estar pendiente de lo meramente importante, este ha de garantizar siempre el respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes de los

servicios de salud, además de la confidencialidad de dicha información de la documentación que llegue a sus manos, por ello deben de ser empáticos, asertivos y tolerante con el paciente, para así poder brindarle un buen servicio.

2 Objetivos

Conocer las principales funciones del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Sus funciones generales se basan en trabajos de oficina como bien puede ser: Atender llamadas telefónicas, Realizar cálculos elementales, recepción de documento, tramitan correspondencia dándole entrada y salida, tener actualizada la agenda telefónica, Concertar reuniones, Llamamientos de bolsa, Generar contratos, Tener conocimiento del manejo de maquinaria de oficina, desde calculadoras hasta fotocopadoras, pasando por ordenadores personales y los programas informáticos que conllevan, apoyan y saben gestionar en el departamento de contabilidad, llevan asuntos secretariales. Deben de ser personas proactivas y discretas ya que manejan información unipersonal y delicada. Además se encargan de la gestión de transporte, como las ambulancias, Gestión de las citas en el servidor, Tramitar la gestión de nuevos pacientes en el centro de salud, servicios de urgencia o ambulatorios, deben poseer conocimiento de los departamentos de las Administraciones Públicas, gestión de camas de hospitalización, programación de las mismas, así como de las listas de espera, control y autorización de altas, establecimiento del régimen económico provisional de la prestación asistencial, programación de las mismas, así como de las listas de espera, coordinación de consultas, Organización de expedientes y su tramitación, apoyar en el departamento de contabilidad, gestión de historias, confección de cheques, pagos

y otros, Velar porque todo esté en orden y que la empresa se vea bien cuidada y dirigida. Como podemos observar todo esto y mucho más son las funciones que realizan los Auxiliares administrativos, siempre dependiendo de en que lugar de entorno de trabajo estén, si bien puede ser Admisión general de hospital, como admisión de urgencias, centro de salud de atención primaria, citaciones, grupos de contabilidad, nominas, contratos, prestaciones generales, Archivos, registro, dirección general, bolsas de trabajo, ingresos programados, servicios especiales y un largo etc.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos decir que es verdaderamente importante el trabajo que los auxiliares administrativos desempeñan en centros sanitarios tanto de atención primaria como de especializada dado que se necesitan para una correcta gestión y coordinación de estos en todas sus funciones y actividades de los centros. Podemos recalcar que la persona profesional que se encarga de dicho puesto seria como una gestora del tiempo del directivo, para que así no deba de preocuparse de sólo y exclusivamente la importancia de toma de decisiones y así agilicen y benefician el progreso y proceso tanto del paciente como de la unidad a cargo del mismo.

6 Bibliografía

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
2. <https://www.google.es>.
3. <https://www.medlineplus.gov>.
4. <https://www.scielo.org>.

Capítulo 403

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE QUEMADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

TOMAS BARBA LOPEZ

1 Introducción

La unidad de quemados en un centro hospitalario desempeña un papel crucial en la atención médica y la recuperación de pacientes con quemaduras graves. Su importancia radica en varios aspectos fundamentales. El primero de ellos es que la unidad de quemados está equipada con personal médico y de enfermería altamente capacitado en el tratamiento de lesiones por quemaduras. Esto garantiza que los pacientes reciban una atención especializada y adecuada para sus necesidades únicas.

El tratamiento de las quemaduras graves a menudo implica una variedad de especialidades médicas, incluyendo cirugía plástica, cirugía reconstructiva, anestesiología, cuidados intensivos y fisioterapia. La unidad de quemados facilita la coordinación entre estos profesionales para ofrecer un enfoque multidisciplinario integral. Además, las quemaduras graves aumentan el riesgo de infecciones debido a la pérdida de la barrera cutánea. La unidad de quemados se enfoca en la prevención y el tratamiento de infecciones para garantizar la recuperación del paciente (1).

Las quemaduras pueden ser extremadamente dolorosas. La unidad de quemados se especializa en el manejo del dolor y en proporcionar alivio a los pacientes,

lo que mejora su comodidad y calidad de vida durante la recuperación. La recuperación de las quemaduras a menudo implica fisioterapia y terapia ocupacional para restaurar la función de la piel y las articulaciones afectadas. La unidad de quemados brinda acceso a estos servicios de rehabilitación esenciales.

Por lo tanto, las quemaduras graves pueden tener un impacto significativo en la salud mental de los pacientes. La unidad de quemados ofrece apoyo psicológico y servicios de consejería para ayudar a los pacientes y sus familias a hacer frente a la angustia emocional.

2 Objetivos

- Explicar las actividades relevantes que debe realizar un celador en la unidad de quemados de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

El papel de un celador en una unidad de quemados en un centro hospitalario es fundamental para garantizar el bienestar y la atención adecuada de los pacientes. Las funciones de un celador en esta unidad pueden variar según las políticas y procedimientos específicos del hospital, pero generalmente, estos profesionales son responsables de transportar a los pacientes de la unidad de quemados a otras áreas del hospital para procedimientos médicos, cirugías, radiografías u otros exámenes (2).

Los celadores pueden ayudar al personal médico y de enfermería en la realización de procedimientos médicos, como el cambio de apósitos en las quemaduras, la toma de signos vitales o la preparación de equipos y suministros médicos. Los pacientes de quemaduras pueden tener limitaciones en su movilidad debido a las lesiones. Los celadores ayudan a movilizar a los pacientes, asegurándose de

que estén cómodos y posicionados adecuadamente para prevenir complicaciones, como úlceras por presión.

En algunas unidades de quemados, los celadores pueden controlar el acceso a la unidad para garantizar la privacidad y la seguridad de los pacientes. Los celadores pueden ser responsables de transportar suministros médicos, medicamentos y equipos a la unidad de quemados, asegurándose de que estén disponibles cuando se necesiten. Los celadores a menudo son la primera línea de contacto con los pacientes y sus familias. Pueden proporcionar información básica sobre la unidad, las políticas del hospital y ayudar a responder preguntas de los pacientes y sus seres queridos (3).

Además, los celadores también pueden estar involucrados en tareas de limpieza y mantenimiento de la unidad de quemados para garantizar un entorno limpio y seguro. En caso de situaciones de emergencia o evacuación, los celadores son responsables de ayudar a mover a los pacientes de manera segura y coordinar con el personal de seguridad y emergencia.

Y es que es importante destacar que las funciones de un celador pueden variar según el hospital y la unidad específica, y es fundamental que sigan las políticas y procedimientos establecidos por la institución médica para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Además, deben estar capacitados en técnicas de manejo de pacientes y comunicación efectiva para proporcionar el mejor cuidado posible.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en la unidad de quemados en un centro hospitalario son vitales para garantizar el bienestar de los pacientes y el funcionamiento eficiente de la unidad. Los celadores desempeñan un papel multifacético que abarca desde el transporte y el apoyo al personal médico hasta el cuidado de los pacientes y la comunicación con sus familias.

Su contribución es esencial para asegurar que los pacientes con quemaduras reciban la atención necesaria y se mantengan en un entorno seguro y cómodo. En última instancia, los celadores son parte integral del equipo de atención médica en la unidad de quemados, y su trabajo contribuye a la recuperación exitosa de los pacientes y a la operación efectiva de la unidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/#::text=Vigilar%C3%A1n%20el%20acceso%20y%20estancia,expresamente%20autorizados%20por%20la%20Direcci%C3%B3n.>
2. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>
3. http://www.lafe.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=8fad0899-f21d-4f25-ab37-5c992a2eac1c&groupId=18

Capítulo 404

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIOS

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

1 Introducción

En el contexto hospitalario, la recepción de pacientes es un punto crucial en la experiencia del paciente y su familia. El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial al ser la primera cara que un paciente o familiares encuentra al llegar al hospital. Su función va más allá de una simple bienvenida; implica coordinación, organización y empatía para garantizar una experiencia de ingreso efectiva y tranquilizadora.

La recepción de pacientes en un entorno hospitalario es un proceso que involucra varios pasos cruciales, desde el registro de información médica hasta la coordinación de recursos y la orientación del paciente. En esta función, el auxiliar administrativo actúa como el primer punto de contacto entre el paciente y el sistema de atención médica. Su desempeño efectivo es fundamental para establecer

una experiencia de ingreso positiva y asegurar que la atención médica se inicie de manera eficiente.

En este capítulo revisaremos en profundidad las diversas funciones que el auxiliar administrativo debe realizar en la recepción de pacientes hospitalarios, destacando su importancia para brindar una atención integral y de calidad:

1. Recepción y Registro de Pacientes
2. Creación de Expedientes Médicos
3. Coordinación de Citas y Procedimientos
4. Información y Orientación
5. Registro de Seguros y Facturación
6. Gestión de Emergencias
7. Confidencialidad y Cumplimiento Legal

2 Objetivos

Estudiar las funciones del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes hospitalarios.

Detallar las funciones de recepción y registro de pacientes, creación de expedientes médicos, y la coordinación de citas y procedimientos.

3 Metodología

Para elaborar este estudio, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Hemos investigado estudios previos relacionados con la recepción de pacientes hospitalarios y las funciones del auxiliar administrativo en distintas webs especializadas. Expondremos los resultados de nuestro estudio en forma de descripción de las funciones que debe realizar el auxiliar administrativo en la recepción de pacientes hospitalarios.

4 Resultados

1. Recepción y Registro de Pacientes

La función de recepción y registro de pacientes es el primer punto de contacto que un paciente tiene con un hospital. Es un momento crítico en la experiencia del paciente y establece la base para su atención médica. El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en este proceso al recopilar información esencial,

proporcionar una bienvenida cálida y generar un ambiente de confianza. A continuación, se explora con más detalle la importancia y las diversas dimensiones de la recepción y el registro de pacientes en un entorno hospitalario.

* Recopilación Precisa de Información

La recopilación precisa de información esencial sobre los pacientes es el primer paso en la recepción y el registro. El auxiliar administrativo debe recoger detalles personales como el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y la información de contacto. Además, la historia médica previa, las alergias y los medicamentos actuales son críticos para brindar una atención segura y eficiente. La habilidad para hacer preguntas pertinentes y capturar información detallada será fundamental para asegurar que los expedientes médicos sean precisos.

* Creación de Expedientes Médicos

A partir de la información recopilada, el auxiliar administrativo es responsable de crear o actualizar los expedientes médicos de los pacientes. Estos expedientes se convierten en la fuente central de información para el equipo médico que brindará atención al paciente. Desde la evaluación inicial hasta cualquier tratamiento y seguimiento posterior, los expedientes médicos actúan como una narrativa médica que guía la atención a lo largo de la estancia del paciente en el hospital.

* Identificación de Necesidades Especiales

La recepción y el registro también brindan la oportunidad de identificar cualquier necesidad especial que el paciente pueda tener. Esto podría incluir requerimientos dietéticos, necesidades de movilidad, necesidades de traducción o asistencia especial. El auxiliar administrativo debe estar atento a estas necesidades y coordinar con el personal médico y de apoyo para asegurarse de que se cumplan adecuadamente.

* Establecimiento de la Comunicación Inicial

La recepción es más que simplemente una recopilación de datos; también es un momento para establecer una comunicación inicial efectiva con el paciente. El auxiliar administrativo debe proporcionar información sobre el proceso de admisión, explicar lo que sucederá a continuación y responder a cualquier pregunta que el paciente pueda tener. Esta comunicación inicial será crucial para aliviar la ansiedad y establecer una relación de confianza entre el paciente y el hospital.

* Coordinación de Flujos de Trabajo

La recepción y el registro también involucran la coordinación de flujos de trabajo.

El auxiliar administrativo debe asegurarse de que los pacientes sean dirigidos al lugar adecuado según sus necesidades médicas y las políticas del hospital. Esto puede implicar coordinar con el personal de admisiones, el personal de enfermería y otros departamentos para garantizar un proceso fluido y sin interrupciones.

* Contribución a la Eficiencia Hospitalaria

La recepción y el registro de pacientes contribuyen significativamente a la eficiencia general del hospital. Un proceso bien coordinado y una recopilación precisa de información reducen los errores y los tiempos de espera, lo que a su vez mejora la atención al paciente y la productividad del personal médico. Un auxiliar administrativo eficiente puede ayudar a agilizar los flujos de trabajo y garantizar que los pacientes sean atendidos en el orden adecuado.

* Confidencialidad y Cumplimiento Legal

El manejo de la información en la recepción y el registro de pacientes debe cumplir con regulaciones estrictas de privacidad y confidencialidad. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que la información personal y médica del paciente esté protegida y solo sea accesible para personal autorizado. Cumplir con las regulaciones legales y éticas es fundamental para mantener la integridad de la información.

2. Creación de Expedientes Médicos

A partir de la información recopilada, el auxiliar administrativo también es responsable de crear o actualizar los expedientes médicos de los pacientes. Estos expedientes actúan como historias médicas que los médicos y el personal de enfermería utilizarán para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y el cuidado del paciente. Mantener expedientes precisos es crucial para garantizar la continuidad de la atención. Profundizaremos en la importancia y las múltiples dimensiones de la creación de expedientes médicos en un entorno hospitalario:

* Base de la Toma de Decisiones Médicas

Los expedientes médicos son la base sobre la cual los médicos y el personal de enfermería toman decisiones informadas sobre el tratamiento y el cuidado del paciente. Contendrán información detallada sobre la historia médica previa, las condiciones actuales, las evaluaciones diagnósticas, los resultados de las pruebas y los procedimientos realizados. La creación y el mantenimiento precisos de los expedientes médicos son esenciales para garantizar que el equipo médico tenga acceso a la información correcta en el momento adecuado.

* Continuidad de la Atención

En un entorno hospitalario, los pacientes pueden interactuar con múltiples médicos, especialistas y profesionales de la salud a lo largo de su estancia. Los expedientes médicos actúan como una herramienta para la continuidad de la atención, permitiendo que cada miembro del equipo tenga una visión integral de la condición y el historial del paciente. Esto es especialmente valioso en casos de atención a largo plazo o cuando se requiere la intervención de múltiples especialidades médicas.

* Registro de Cambios y Evolución

Los expedientes médicos también registran la evolución de la condición del paciente a lo largo del tiempo. Cada nota, informe y actualización se agrega al expediente, creando una narrativa médica completa. Esto permite que el equipo médico rastree los cambios en la condición del paciente, evalúe la efectividad de los tratamientos y realice ajustes según sea necesario. La creación de expedientes médicos precisos es esencial para capturar esta evolución de manera confiable.

* Comunicación Interdepartamental

En un hospital, diferentes departamentos y profesionales de la salud pueden estar involucrados en la atención de un paciente. Los expedientes médicos actúan como un punto central de comunicación interdepartamental, permitiendo que la información fluya entre médicos, enfermeros, especialistas y otros profesionales de manera fluida. Esto es esencial para coordinar la atención y asegurarse de que todos estén al tanto de la situación del paciente.

* Referencia Futura

Los expedientes médicos no solo son relevantes durante la estancia del paciente en el hospital, sino que también tienen un valor a largo plazo. Pueden ser referenciados en futuras visitas médicas, en la atención continuada fuera del hospital y en casos de seguimiento médico. La creación de expedientes detallados y precisos facilita la referencia futura y contribuye a la atención médica a lo largo de la vida del paciente.

* Confidencialidad y Cumplimiento Legal

La creación y el mantenimiento de expedientes médicos también están sujetos a regulaciones estrictas de privacidad y confidencialidad. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que la información médica del paciente esté protegida y solo sea accesible para el personal autorizado. Cumplir con las regulaciones legales y éticas es fundamental para mantener la seguridad y la integridad de la información.

3. Coordinación de Citas y Procedimientos

En muchos hospitales, el auxiliar administrativo también es responsable de coordinar citas y procedimientos para los pacientes. Esto puede incluir programar consultas médicas, pruebas diagnósticas o cirugías. La capacidad para gestionar calendarios, coordinar con los médicos y asegurarse de que los horarios sean adecuados tanto para los pacientes como para el personal médico es esencial para un flujo de trabajo eficiente. Veamos en detalle las diversas dimensiones de la coordinación de citas y procedimientos en un entorno hospitalario:

* Agilización de la Atención

La coordinación de citas y procedimientos es crucial para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan en el momento adecuado. El auxiliar administrativo debe trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico para programar citas médicas y procedimientos de manera que se eviten largos tiempos de espera innecesarios. Esto es especialmente importante en casos en los que se requiere atención urgente o en situaciones en las que la demora podría tener un impacto negativo en la salud del paciente.

* Optimización de Recursos

La coordinación eficiente de citas y procedimientos también contribuye a la optimización de los recursos hospitalarios. El auxiliar administrativo debe tener en cuenta la disponibilidad del personal médico, las salas de procedimientos y los equipos necesarios al programar citas y procedimientos. Al asegurarse de que los recursos estén disponibles y bien utilizados, el hospital puede brindar una atención más eficiente y reducir los tiempos de espera tanto para los pacientes como para el personal médico.

* Comunicación y Preparación

La coordinación de citas y procedimientos implica una comunicación efectiva con los pacientes. El auxiliar administrativo debe proporcionar información clara y precisa sobre la fecha, hora y ubicación de las citas y procedimientos. Además, deben brindar instrucciones sobre la preparación necesaria, como ayuno previo a ciertas pruebas, toma de medicamentos y otros requisitos específicos. Una comunicación adecuada reduce la confusión y la ansiedad por parte del paciente y asegura que estén bien preparados para su cita.

* Coordinación Interdepartamental

En un entorno hospitalario, diferentes departamentos y profesionales pueden estar involucrados en la atención de un paciente. La coordinación de citas y procedimientos requiere una estrecha colaboración interdepartamental. El auxiliar

administrativo debe trabajar con el personal médico, el equipo de admisiones, el personal de enfermería y otros para asegurarse de que los horarios sean apropiados y que todas las partes estén informadas y alineadas en el objetivo: la mejor atención al paciente.

* Adaptación a Cambios y Emergencias

En ocasiones, pueden surgir cambios imprevistos en los horarios de citas y procedimientos debido a emergencias médicas u otras circunstancias. El auxiliar administrativo debe ser flexible y capaz de adaptarse a estos cambios de manera rápida y efectiva. Esto puede implicar reprogramar citas, ajustar horarios y comunicar los cambios a todas las partes relevantes.

* Registro y Seguimiento

La coordinación de citas y procedimientos también implica mantener registros precisos y llevar un seguimiento de los horarios programados. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que todos los datos relevantes se registren correctamente en el sistema, lo que facilita el seguimiento de los pacientes y el monitoreo de los procedimientos realizados. Además, mantener registros precisos es esencial para estadísticas y análisis futuros.

* Mejora de la Experiencia del Paciente

Una coordinación efectiva de citas y procedimientos mejora significativamente la experiencia del paciente en el hospital. Los pacientes valoran la puntualidad y la organización en su atención médica. El auxiliar administrativo contribuye a esta experiencia al garantizar que los pacientes sean atendidos de manera oportuna y que se sientan informados y bien cuidados en cada paso del proceso.

4. Información y Orientación

El auxiliar administrativo también actúa como una fuente de información y orientación para los pacientes y sus familias. Deben estar preparados para responder preguntas sobre la ubicación de diferentes departamentos, las políticas hospitalarias, los servicios disponibles y otros aspectos relacionados con la estancia en el hospital. La capacidad para proporcionar información clara y precisa contribuye a una experiencia positiva del paciente.

5. Registro de Seguros y Facturación

La recepción de pacientes también puede involucrar la gestión de seguros y facturación. El auxiliar administrativo debe recopilar información sobre los seguros médicos de los pacientes, verificar la elegibilidad y asegurarse de que se registren correctamente en el sistema. Además, pueden ser responsables de explicar a los

pacientes y sus familias los aspectos relacionados con la facturación y el costo de los servicios médicos.

6. Gestión de Emergencias

En situaciones de emergencia, el auxiliar administrativo en la recepción de pacientes también puede desempeñar un papel crucial. Deben estar preparados para responder con calma y eficacia ante emergencias médicas, alertando al personal médico adecuado y coordinando la respuesta inicial. La capacidad para mantener la calma bajo presión es esencial en estas situaciones.

7. Confidencialidad y Cumplimiento Legal

Dado que la información médica es sensible y privada, el auxiliar administrativo debe cumplir con regulaciones estrictas de confidencialidad y cumplimiento legal. Esto implica manejar la información de los pacientes de manera segura y asegurarse de que solo las personas autorizadas tengan acceso a ella.

5 Discusión-Conclusión

La recepción de pacientes hospitalarios es un proceso complejo que va más allá de simplemente dar la bienvenida a los pacientes. El auxiliar administrativo desempeña un rol esencial al gestionar la recopilación de información médica, coordinar citas y procedimientos, proporcionar información y orientación, y actuar como punto de comunicación entre diferentes departamentos. Deberá mantener expedientes precisos, coordinar flujos de trabajo y garantizar la confidencialidad de la información, contribuyendo significativamente a la atención integral y de calidad que los pacientes y sus familias merecen al llegar al hospital.

En última instancia, el auxiliar administrativo en la recepción de pacientes desempeña un papel fundamental en la prestación de atención médica de alta calidad. Su trabajo incansable y su compromiso son esenciales para garantizar que los pacientes se sientan bienvenidos y atendidos desde el momento en que cruzan las puertas del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>
2. <https://www.opoinnova.com/como-trabajar-administrativo-en-hospital/>

3. <http://alcoi.san.gva.es/cas/hospital/urgencias/PROTOCOLOS%20ADMINISTRATIVOS/PT-201%20v1%20-%20Protocolo%20de%20Gestion%20Administrativa.pdf>

Capítulo 405

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

1 Introducción

El Centro de Atención Primaria (CAP) es un componente esencial del sistema de atención médica en el que se brindan servicios médicos básicos y preventivos a la comunidad local. En este entorno, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental al llevar a cabo una amplia gama de funciones que contribuyen al funcionamiento eficiente y efectivo del centro. Sus funciones están reguladas por una orden específica y abarcan el apoyo administrativo, la gestión de datos y la recepción de pacientes.

Desde la gestión de registros hasta la coordinación de citas, las funciones del auxiliar administrativo son vitales para garantizar que los servicios médicos se brinden de manera fluida y que los pacientes reciban la atención que necesitan.

Exploraremos en detalle las diversas funciones que el auxiliar administrativo debe desempeñar en el Centro de Atención Primaria:

1. Gestión de Citas y Agenda
2. Registro de Pacientes
3. Atención Telefónica y Recepción
4. Manejo de Expedientes Médicos
5. Coordinación con el Personal Médico
6. Gestión de Suministros y Equipos
7. Facturación y Registro de Seguros
8. Gestión de Documentación y Archivo
9. Coordinación de Flujo de Pacientes
10. Seguimiento de Tratamientos y Citas
11. Atención a Consultas y Quejas
12. Actualización de Registros
13. Colaboración en Programas de Promoción de la Salud
14. Formación y Desarrollo

2 Objetivos

Estudiar las funciones del auxiliar administrativo en atención primaria.

3 Metodología

Para elaborar este estudio, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Nos hemos basado en distintas webs y artículos especializados en distintas revistas especializadas, además de entrevistas realizadas a profesionales administrativos y auxiliares administrativos que nos han apoyado en nuestra carrera. Expondremos los resultados de nuestro estudio en forma de descripción de las funciones que debe realizar el auxiliar administrativo en el centro de atención primaria.

4 Resultados

1. Gestión de Citas y Agenda

Una de las principales funciones del auxiliar administrativo en el CAP es la gestión de citas y la agenda médica. Esto implica programar las citas de los pacientes con los médicos y profesionales de la salud en función de la disponibilidad

y las necesidades médicas. La capacidad para coordinar horarios y optimizar la agenda médica es esencial para asegurarse de que los pacientes sean atendidos de manera oportuna y eficiente.

2. Registro de Pacientes

El auxiliar administrativo también es responsable de llevar a cabo el registro de los pacientes que visitan el CAP. Esto incluye recopilar información personal y médica relevante, crear o actualizar los expedientes médicos y asegurarse de que la información esté registrada de manera precisa en el sistema. El registro de pacientes es el primer paso en la atención médica y es fundamental para garantizar que los médicos tengan acceso a información precisa al tratar a los pacientes. Todas las funciones relacionadas con el paciente deberán seguir una premisa: el mantenimiento de la confidencialidad, que consiste en garantizar la confidencialidad de la información médica de los pacientes, cumpliendo con las regulaciones de privacidad de datos y protección de la salud.

3. Atención Telefónica y Recepción

El auxiliar administrativo en el CAP también es el punto de contacto inicial para los pacientes que llaman por teléfono o visitan el centro. Deben brindar información y orientación a los pacientes, programar citas y dirigir las llamadas al personal médico adecuado. La habilidad para comunicarse de manera efectiva y proporcionar un servicio amable y acogedor es esencial para realizar esta función.

4. Manejo de Expedientes Médicos

La gestión de expedientes médicos es una responsabilidad crucial del auxiliar administrativo en el CAP. Deben asegurarse de que los expedientes estén organizados, actualizados y accesibles para el personal médico. Además, deben seguir las regulaciones de privacidad y confidencialidad para garantizar que la información del paciente esté protegida.

5. Coordinación con el Personal Médico

El auxiliar administrativo en el CAP actúa como un enlace entre el personal médico y administrativo. Deben coordinar con los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud para asegurarse de que tengan la información y los recursos necesarios para brindar atención a los pacientes. También pueden asistir en la coordinación de procedimientos y la preparación de materiales médicos.

6. Gestión de Suministros y Equipos

La gestión de suministros y equipos es otra función importante del auxiliar ad-

ministrativo en el CAP. Deben asegurarse de que los suministros médicos estén disponibles y bien organizados para su uso por parte del personal médico. Además, pueden ser responsables de mantener los equipos médicos en buenas condiciones y coordinar la reparación o el reemplazo cuando sea necesario.

7. Facturación y Registro de Seguros

La función de facturación y registro de seguros también puede recaer en el auxiliar administrativo del CAP. Esto implica recopilar información sobre los seguros médicos de los pacientes, verificar la elegibilidad y asegurarse de que la facturación se realice correctamente. La precisión en esta función es esencial para garantizar que los pacientes reciban una facturación precisa por los servicios médicos.

8. Gestión de Documentación y Archivo

En un Centro de Atención Primaria, la gestión de documentación y archivo es una función crucial del auxiliar administrativo. Esto implica asegurarse de que todos los documentos médicos, registros de pacientes y otra información relevante se archiven de manera ordenada y accesible. Un sistema de archivo eficiente garantizará que la información pueda ser recuperada rápidamente cuando sea necesario y también contribuirá al cumplimiento normativo.

9. Coordinación de Flujo de Pacientes

El flujo de pacientes es un aspecto esencial en el funcionamiento de un Centro de Atención Primaria. El auxiliar administrativo desempeña un papel en la coordinación de este flujo, asegurándose de que los pacientes sean atendidos de manera adecuada y que los tiempos de espera se minimicen. Esto implica trabajar en colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar una atención ordenada y eficiente.

10. Seguimiento de Tratamientos y Citas

El auxiliar administrativo también puede ser responsable de hacer seguimiento a los tratamientos y citas médicas de los pacientes. Esto implica recordar a los pacientes sobre sus próximas citas, pruebas o procedimientos, y asegurarse de que estén informados y preparados. El seguimiento es esencial para garantizar que los pacientes sigan el plan de atención médica recomendado y asistan a las citas necesarias.

11. Atención a Consultas y Quejas

Los pacientes pueden tener consultas, dudas o incluso quejas sobre los servicios del Centro de Atención Primaria. El auxiliar administrativo actúa como punto

de contacto para abordar estas inquietudes. Deben ser capaces de escuchar a los pacientes con empatía, proporcionar respuestas claras y, en caso de quejas, redirigirlas al personal adecuado para su resolución.

12. Actualización de Registros

Mantener los registros actualizados es esencial para garantizar que la información del paciente esté al día. El auxiliar administrativo puede ser responsable de actualizar los cambios en la información del paciente, como cambios de dirección, números de contacto y cualquier cambio en la historia médica. Los registros actualizados son fundamentales para proporcionar una atención precisa y segura.

13. Colaboración en Programas de Promoción de la Salud

Muchos Centros de Atención Primaria participan en programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. El auxiliar administrativo puede colaborar en la organización y promoción de estos programas, ayudando a programar talleres, campañas de vacunación y otras actividades que beneficien a la comunidad.

14. Formación y Desarrollo

El auxiliar administrativo también puede estar involucrado en la formación y el desarrollo del personal nuevo. Pueden brindar orientación sobre los procesos y procedimientos del centro, así como sobre la cultura y los valores organizacionales. La formación efectiva contribuye a un equipo cohesionado y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

En el Centro de Atención Primaria, el auxiliar administrativo debe desarrollar un amplio abanico de funciones que abarca desde la gestión de documentación, la coordinación del flujo de pacientes, el seguimiento de tratamientos y citas, la atención a consultas y quejas, la actualización de registros, la colaboración en programas de promoción de la salud, y la formación y el desarrollo del personal. Cada una de estas funciones es esencial para garantizar que el CAP funcione de manera eficiente y que los pacientes reciban la atención que merecen.

La habilidad para gestionar múltiples tareas, comunicarse efectivamente y trabajar en colaboración con el equipo médico y administrativo hará que el auxiliar administrativo sea un componente valioso en el éxito del Centro de Atención Primaria y en la provisión de servicios médicos de calidad a la comunidad.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/es/asistencia-sanitaria/asistencia-sanitaria-atencion-primaria>
2. Oposiciones a Auxiliar Administrativo: 2.700 preguntas de test resueltas de exámenes de años anteriores

Capítulo 406

EL/LA CELADOR/A EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA
CAÑADILLA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

DAVID PECERO BALSERA

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

1 Introducción

El funcionamiento eficiente de un hospital o centro de atención médica depende en gran medida de la gestión adecuada de los suministros y equipos médicos. En este contexto, el rol del celador en el almacén es fundamental para garantizar que los materiales estén disponibles cuando se necesiten y para mantener el flujo de trabajo en diversas áreas clínicas. Este trabajo tiene como objetivo explorar el papel y las responsabilidades del celador en el almacén, su contribución al abastecimiento y la logística, así como su impacto en la atención médica de calidad.

La labor de un celador de almacén en un hospital es de vital importancia para el funcionamiento eficiente de la institución médica. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la gestión y control de los suministros médicos y equipamiento necesario para brindar atención de calidad a los pacientes.

El celador de almacén hospitalario se encarga de recibir, almacenar, distribuir y mantener un registro adecuado de los suministros médicos, dispositivos, medicamentos y otros productos necesarios para el funcionamiento del hospital. Además, colaboran estrechamente con el personal de enfermería, médicos y otros departamentos para garantizar que los insumos estén disponibles cuando se necesiten, evitando retrasos o interrupciones en la atención médica.

2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y tareas específicas del celador en el almacén.
2. Comprender cómo el celador contribuye al mantenimiento de los niveles adecuados de suministros y equipos médicos.
3. Evaluar la importancia de la colaboración entre el celador y el personal de administración de suministros.
4. Explorar cómo el celador influye en la eficiencia operativa y la calidad de la atención médica a través de su trabajo en el almacén.

3 Metodología

La metodología utilizada para este trabajo se basó en una revisión de literatura y fuentes académicas relacionadas con el papel del celador en el almacén. Se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos como Pubmed, google académico, protocolos y guías de prácticas clínicas para obtener información detallada sobre las funciones y responsabilidades del celador en esta área. Además, se consultaron manuales hospitalarios y documentos relacionados con la gestión de suministros médicos. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Estrategia de búsqueda: gestión de materiales hospitalarios AND organización y administración.

☒ Las palabras claves utilizadas han sido: Gestión de materiales hospitalarios, organización y administración

4 Resultados

Se encontraron 8 artículos, de los cuales se seleccionaron 6 que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio resaltan que el celador en el almacén desempeña un rol clave en la gestión de suministros y equipos médicos. Sus responsabilidades incluyen la recepción, el almacenamiento y la distribución

eficiente de los materiales a las diferentes áreas clínicas. El celador también colabora estrechamente con el personal de administración de suministros para asegurar que los niveles adecuados de inventario estén disponibles en todo momento. El rol de un celador en un hospital es fundamental para el funcionamiento eficiente de la institución. Los celadores desempeñan una variedad de funciones importantes para garantizar la seguridad, el bienestar y la comodidad de los pacientes y el personal del hospital. Aquí tienes algunas de las funciones típicas de un celador en un almacén de hospital:

1. Transporte de pacientes: Los celadores suelen ser responsables de transportar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de espera hasta las áreas de tratamiento, quirófanos, radiología o cualquier otro lugar donde necesiten recibir atención médica. También pueden ayudar a los pacientes a movilizarse dentro del hospital.
2. Suministro de suministros médicos: Los celadores pueden ser responsables de llevar suministros médicos y equipos a las diferentes áreas del hospital. Esto puede incluir suministros como gasas, vendajes, medicamentos o equipos médicos más grandes.
3. Limpieza y mantenimiento: Los celadores a menudo se encargan de mantener limpios y ordenados los almacenes de suministros médicos. Esto implica asegurarse de que los suministros estén bien organizados, que no estén vencidos y que se sigan las normas de higiene y seguridad.
4. Asistencia en emergencias: En situaciones de emergencia, los celadores pueden ayudar en la evacuación de pacientes, el traslado de camillas y la movilización de equipos médicos según sea necesario.
5. Apoyo al personal médico y de enfermería: Los celadores pueden brindar apoyo al personal médico y de enfermería en diversas tareas, como cambiar sábanas, preparar camas, transportar muestras de laboratorio, entre otras.
6. Atención al paciente: Aunque su principal función es logística, los celadores también pueden interactuar con los pacientes y sus familias, brindando asistencia y orientación cuando sea necesario. Esto incluye proporcionar información sobre la ubicación de las áreas dentro del hospital.
7. Registro de actividades: Los celadores pueden estar encargados de llevar un registro de las actividades realizadas, como la entrega de suministros, el transporte de pacientes y otras tareas asignadas. Esto es importante para mantener un seguimiento de las operaciones del hospital.
8. Colaboración en la gestión de residuos médicos: Los celadores a veces ayudan en la recolección y disposición adecuada de desechos médicos y materiales biopeligrosos, asegurando que se cumplan los protocolos de seguridad.

Es importante destacar que las funciones de un celador pueden variar de un hospital a otro y dependerán de las necesidades específicas de la institución. Además, la capacidad de trabajar en equipo, la empatía hacia los pacientes y el cumplimiento de las normas de seguridad son cualidades esenciales para un celador en un hospital.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el almacén juega un papel esencial en el aseguramiento del flujo operativo y la disponibilidad de suministros y equipos médicos. Su labor en la gestión de inventario y la colaboración con el personal de administración de suministros contribuye directamente a la calidad y eficiencia de la atención médica. El celador desempeña un papel vital en la cadena de suministro en el entorno hospitalario.

La conclusión para un celador de almacén en un hospital puede variar dependiendo de la experiencia y la perspectiva individual, pero en general, se pueden destacar varios puntos importantes:

Importancia en la atención sanitaria: El trabajo de un celador de almacén en un hospital desempeña un papel fundamental en el funcionamiento de la institución de atención médica. Son responsables de asegurarse de que los suministros médicos y otros materiales esenciales estén disponibles cuando se necesitan, lo que contribuye directamente a la atención y el bienestar de los pacientes.

Eficiencia operativa: Los celadores de almacén son esenciales para mantener la eficiencia operativa de un hospital. Su capacidad para gestionar y organizar los recursos de manera efectiva garantiza que los médicos y el personal de enfermería puedan centrarse en la atención al paciente sin preocuparse por la falta de suministros o equipos.

Coordinación y comunicación: La comunicación efectiva y la coordinación con otros departamentos y proveedores son clave para el éxito de un celador de almacén en un hospital. Esto incluye colaborar estrechamente con el personal de compras, mantenimiento y otros para garantizar un flujo constante de suministros.

Atención a los detalles: La precisión y la atención a los detalles son cualidades esenciales en este rol. Los celadores de almacén deben realizar un seguimiento meticuloso de los niveles de inventario, fechas de caducidad y otros detalles para

garantizar que los suministros estén en condiciones óptimas y se utilicen de manera eficiente.

Adaptabilidad: Los hospitales pueden ser entornos dinámicos con necesidades que cambian rápidamente. Los celadores de almacén deben ser capaces de adaptarse a estas cambiantes demandas y estar dispuestos a trabajar en horarios flexibles si es necesario.

En resumen, el trabajo de un celador de almacén en un hospital es esencial para el funcionamiento adecuado de la institución y la atención al paciente. Su labor se centra en garantizar que los suministros y materiales necesarios estén disponibles de manera oportuna y eficiente, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y al éxito general del hospital.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/>
2. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area6.pdf>
3. <http://cfgmauxenf.blogspot.com/2011/05/almacenes-sanitarios.html>
4. Manual de procedimientos. Área de distribución tradicional de medicamentos. Servicio de Farmacia. Hospital de Sagunto, Valencia 1991.
5. Editorial CEP. Celador/a. SERMAS. ISBN 9788419173232,
6. Editorial MAD. Celador/a. SAS. ISBN 9788414260340.

Capítulo 407

EL CELADOR/A EN ATENCIÓN PRIMARIA

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

DAVID PECERO BALSERA

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

1 Introducción

La atención primaria de salud es un componente fundamental en cualquier sistema de atención médica, y los celadores desempeñan un papel esencial en este entorno. Su labor es crucial para garantizar un ambiente de atención eficiente y seguro tanto para los pacientes como para el personal médico y de enfermería. En esta introducción, exploraremos el rol del celador en la atención primaria y su importancia en el funcionamiento de este entorno de atención médica.

¿Qué es la atención primaria de salud?

La atención primaria de salud es el primer nivel de atención médica al que acuden las personas en busca de atención médica general y preventiva. Este nivel de atención se centra en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y el tratamiento de afecciones médicas comunes, así como en la coordinación de la atención médica en casos más complejos.

El papel del celador en la atención primaria:

Los celadores son miembros fundamentales del equipo de atención médica en la atención primaria. Su función principal es proporcionar apoyo logístico y administrativo para asegurar que la atención médica se realice de manera eficaz y segura. A continuación, se destacan algunas de las responsabilidades clave de un celador en atención primaria:

1. Atención al paciente: Los celadores son a menudo la primera persona con la que un paciente se encuentra al ingresar a un centro de atención primaria. Deben ser amables, compasivos y estar dispuestos a ayudar a los pacientes a sentirse cómodos y seguros.
2. Transporte de pacientes: Los celadores pueden ser responsables de trasladar a los pacientes de una área a otra dentro del centro de atención, como llevarlos de la sala de espera a la consulta del médico o a la sala de exámenes.
3. Mantenimiento de las instalaciones: Aseguran que las áreas de atención estén limpias y ordenadas, lo que es esencial para mantener un ambiente seguro y sanitario.
4. Suministros y equipamiento: Los celadores ayudan a asegurar que se disponga del equipo y los suministros necesarios en las áreas de atención médica, lo que facilita el trabajo de los profesionales de la salud.
5. Apoyo administrativo: Pueden realizar tareas administrativas, como el registro de pacientes, la gestión de citas y la recepción de llamadas telefónicas.
6. Emergencias: En situaciones de emergencia, los celadores pueden colaborar en la evacuación de pacientes o proporcionar asistencia básica hasta que llegue el personal médico de emergencia.

En resumen, los celadores desempeñan un papel esencial en la atención primaria al garantizar que las operaciones diarias funcionen sin problemas, permitiendo así que el personal médico y de enfermería se enfoque en brindar atención de calidad a los pacientes. Su dedicación y compromiso contribuyen en gran medida al funcionamiento eficiente de los centros de atención primaria y al bienestar general de la comunidad a la que sirven.

2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y tareas específicas del celador en el entorno de atención primaria.
2. Comprender cómo el celador contribuye a la organización y el flujo de trabajo en los centros de atención primaria.

3. Evaluar la importancia de la relación del celador con el personal médico y los pacientes en la atención primaria.
4. Explorar cómo el celador influye en la experiencia general del paciente en el entorno de atención primaria.

3 Metodología

La metodología utilizada para este trabajo se basó en una revisión de literatura y fuentes académicas relacionadas con el papel del celador en el almacén. Se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos como Pubmed, Google académico, protocolos y guías de prácticas clínicas para obtener información detallada sobre las funciones y responsabilidades del celador en esta área. Además, se consultaron manuales hospitalarios y documentos relacionados con la gestión de suministros médicos. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Estrategia de búsqueda: atención primaria de la salud AND asistencia básica AND centro de salud AND centros de salud ambulatoria

☒ Las palabras claves utilizadas han sido: atención primaria, asistencia básica, centro de salud, centros de salud ambulatoria

4 Resultados

Se encontraron 10 artículos, de los cuales se seleccionaron 7 que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio destacan que el celador en atención primaria desempeña un rol vital en la organización de los servicios y el bienestar de los pacientes.

Los celadores desempeñan un papel esencial en la atención primaria de salud y realizan diversas funciones que contribuyen al funcionamiento eficiente de los centros de atención primaria. Algunas de las funciones comunes de un celador en atención primaria incluyen:

1. Recepción y orientación de pacientes: Ayudan a los pacientes a registrarse en la clínica, proporcionan información sobre los procedimientos y la ubicación de diferentes servicios dentro del centro de atención primaria y los acompañan a las áreas apropiadas.
2. Limpieza y mantenimiento: Mantienen la limpieza y el orden en las instalaciones, incluyendo la limpieza de consultorios y áreas comunes, la reposición de suministros y la gestión de desechos médicos de manera adecuada.
3. Transporte de pacientes: Ayudan en el traslado de pacientes, especialmente aquellos con movilidad reducida, en sillas de ruedas o camillas, desde la sala de

espera hasta las áreas de atención médica o de diagnóstico.

4. Asistencia en procedimientos: Brindan apoyo durante procedimientos médicos, como la preparación de material médico, la asistencia al personal médico o de enfermería y la movilización de pacientes según sea necesario.

5. Distribución de documentos y muestras: Entregan documentos, historias clínicas, muestras de laboratorio y medicamentos a los departamentos correspondientes dentro del centro de atención primaria.

6. Control de acceso: Gestionan el acceso a áreas restringidas del centro de atención primaria y garantizan la seguridad de los pacientes y el personal.

7. Atención al público: Resuelven consultas generales de los pacientes y los orientan para obtener información adicional sobre sus citas médicas o servicios disponibles.

8. Colaboración en emergencias: En situaciones de emergencia, como incendios, evacuaciones o situaciones de crisis, los celadores colaboran en la evacuación segura de pacientes y personal.

9. Apoyo logístico: Realizan tareas logísticas, como el control de inventario de suministros médicos y la gestión de citas médicas.

10. Colaboración con el personal de salud: Trabajan en estrecha colaboración con médicos, enfermeros y otro personal de atención médica para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una atención de calidad para los pacientes.

Es importante destacar que las funciones de un celador pueden variar según la institución de salud y las políticas locales. Por lo tanto, es posible que algunas responsabilidades específicas difieran de un lugar a otro.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en atención primaria es de suma importancia para el adecuado funcionamiento y la atención de calidad en los centros de salud. A modo de conclusión, se pueden destacar varios puntos clave:

Apoyo logístico: El celador desempeña un papel esencial en la gestión de recursos y el mantenimiento de la infraestructura. Esto incluye la recepción de pacientes, la gestión de citas, la limpieza de áreas comunes y la distribución de suministros médicos.

Atención al paciente: Los celadores son a menudo la primera persona con la que los pacientes tienen contacto en un centro de atención primaria. Su actitud, empatía y capacidad para proporcionar información y orientación son fundamentales para la experiencia del paciente.

Colaboración en el equipo de salud: El celador trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y administrativos. Su capacidad para comunicarse de manera efectiva y coordinarse con el equipo es esencial para garantizar una atención integral.

Seguridad y prevención: Los celadores también tienen la responsabilidad de garantizar la seguridad de los pacientes y del personal. Esto implica estar alerta ante situaciones de emergencia y conocer los protocolos de actuación en caso de incendios, evacuaciones u otras situaciones críticas.

En resumen, el rol del celador en atención primaria es multifacético y esencial para el buen funcionamiento de los centros de salud. Su trabajo contribuye directamente a la comodidad y la seguridad de los pacientes, así como a la eficiencia de los servicios de atención médica. La actitud profesional y la colaboración efectiva son claves para un desempeño exitoso en esta función.

6 Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978), Atención Primaria de Salud. Alma Ata. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=30CB65D3C17C013132C3261392666186?sequence=1>
3. 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).
4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
5. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios
6. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación.
7. Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud

Capítulo 408

EL/LA CELADOR/A EN EL TRANSPORTE SANITARIO

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA
CAÑADILLA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

DAVID PECERO BALSERA

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

1 Introducción

La figura del celador en el transporte sanitario es fundamental para garantizar la atención y el traslado adecuado de pacientes en situaciones de emergencia o atención médica programada. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la coordinación y asistencia en ambulancias, hospitales y otros entornos de atención médica.

En esta introducción, exploraremos la importancia y las responsabilidades del celador en el transporte sanitario, así como las habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo esta función de manera eficiente y segura.

Importancia del Celador en el Transporte Sanitario:

El celador en el transporte sanitario cumple un rol esencial en el sistema de atención médica. Su principal responsabilidad es asegurarse de que los pacientes sean trasladados de manera segura y cómoda desde su ubicación original hasta el lugar de atención médica, como hospitales, clínicas o consultorios médicos.

En resumen, el celador en el transporte sanitario es un eslabón crucial tanto en Atención Primaria como Atención Especializada, en la cadena de atención médica, desempeñando un papel esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera segura y eficiente. Su formación, habilidades y conocimientos contribuyen a la calidad de la atención médica y al bienestar de quienes necesitan atención médica en situaciones diversas.

2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y tareas específicas del celador en el transporte sanitario.
2. Comprender cómo el celador contribuye a mantener la seguridad y comodidad de los pacientes durante el traslado.
3. Evaluar la importancia de la comunicación y la colaboración entre el celador y el equipo médico durante el transporte sanitario.
4. Explorar cómo el celador influye en la experiencia global de los pacientes durante el traslado.

3 Metodología

La metodología utilizada para este trabajo se basó en una revisión de literatura y fuentes académicas relacionadas con el papel del celador en el almacén. Se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos como Pubmed, Google académico, protocolos y guías de prácticas clínicas para obtener información detallada sobre las funciones y responsabilidades del celador en esta área. Además, se consultaron manuales hospitalarios y documentos relacionados con la gestión de suministros médicos. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Estrategia de búsqueda: traslado de pacientes AND ambulancia

☐ Las palabras claves utilizadas han sido: traslados de pacientes, ambulancia

4 Resultados

Se encontraron 8 artículos, de los cuales se seleccionaron 6 que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio resaltan que el celador en el transporte sanitario desempeña Las funciones de un celador de transporte sanitario pueden variar según la institución médica, el tipo de ambulancia y las políticas locales, pero en general, incluyen lo siguiente:

1. Preparación de la ambulancia: Asegurarse de que la ambulancia esté completamente equipada y lista para responder a llamadas de emergencia. Esto incluye verificar el equipo médico y los suministros, así como mantener la ambulancia limpia y en buen estado de funcionamiento.
2. Asistencia en el traslado de pacientes: Ayudar a cargar y descargar a los pacientes en la ambulancia de manera segura y con el equipo necesario, como camillas y sistemas de sujeción.
3. Asistencia al personal médico: Colaborar con el equipo médico, como paramédicos o enfermeros, durante el transporte de pacientes. Esto puede incluir la preparación de equipos médicos, la toma de signos vitales y la asistencia en procedimientos médicos básicos.
4. Conducción segura: En algunos casos, los celadores de transporte sanitario pueden estar capacitados para conducir la ambulancia de manera segura y eficiente durante el transporte del paciente.
5. Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el personal médico y el centro de control de emergencias para informar sobre el estado del paciente y la ubicación de la ambulancia en todo momento.
6. Conservación de registros: Registrar información importante sobre el paciente y el incidente, incluyendo detalles sobre la atención médica proporcionada durante el transporte.
7. Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias durante el traslado, especialmente en situaciones de emergencia o alta tensión.
8. Mantenimiento y limpieza de equipos: Asegurarse de que todo el equipo médico y la ambulancia estén limpios y en condiciones óptimas para su próximo uso.
9. Cumplir con las normativas de seguridad y protocolos de emergencia: Seguir las normativas de seguridad y los procedimientos de emergencia para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal.
10. Formación continua: Mantenerse actualizado en cuanto a técnicas de atención médica de emergencia y protocolos de transporte sanitario a través de la formación y el desarrollo profesional.

Es importante destacar que las funciones exactas pueden variar según la jurisdicción y la institución médica. En general, un celador de transporte sanitario desempeña un papel fundamental en garantizar que los pacientes reciban atención médica segura y de calidad durante el transporte a un centro de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de trabajar como celador en el transporte sanitario es que se trata de una ocupación fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante su traslado. Los celadores desempeñan un papel crucial en el sistema de atención médica al brindar apoyo tanto al personal médico como a los pacientes.

Algunos puntos clave a considerar en esta conclusión son:

1. Cuidado del paciente: Los celadores son responsables de garantizar que los pacientes estén cómodos y seguros durante el transporte, minimizando cualquier malestar o riesgo durante el proceso.
2. Trabajo en equipo: Colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería, lo que requiere una comunicación efectiva y la capacidad de trabajar en equipo para garantizar un cuidado integral del paciente.
3. Atención a detalles: Los celadores deben prestar atención a los detalles, siguiendo los protocolos de seguridad y transporte para evitar incidentes y asegurarse de que todo se realice sin problemas.
4. Habilidades de comunicación: Interactúan con pacientes y sus familias, por lo que las habilidades de comunicación son esenciales para calmar a los pacientes y brindar apoyo emocional si es necesario.
5. Adaptabilidad: El transporte sanitario puede involucrar una variedad de situaciones y tipos de pacientes, por lo que los celadores deben ser adaptables y capaces de enfrentar desafíos inesperados.

En resumen, ser celador en el transporte sanitario es una profesión importante que contribuye significativamente a la atención médica y al bienestar de los pacientes. Requiere habilidades técnicas, empatía y una dedicación continua al cuidado de aquellos que dependen de sus servicios.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es el transporte sanitario? – MimoOnline [Internet]. Grupo las Mimosas. 2016 [citado 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://grupolasmimosas.com>.

com/

mimoonline/que-es-el- transporte-sanitario/

2. Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios – Celadores.org [Internet]. [Citado 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://www.auxiliar-Enfermería.com/funciones_celador1.htm#marc09

3. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 27. Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias [Internet]. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS. [Citado 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del- celador-en-el.html>

4. Formacurae. TEMA 3: LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNIDADES DE URGENCIAS. EL TRANSPORTE EN AMBULANCIAS.

5. Editorial CEP. Celador/a. SERMAS. ISBN 9788419173232,

6. Editorial MAD. Celador/a. SAS. ISBN 9788414260340.

7. Editorial ADAMS. Celador/a. SERMAS ISBN 9788411160568

Capítulo 409

EL CELADOR Y SUS PRINCIPALES ACTUACIONES EN CONSULTAS EXTERNAS

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

MIGUEL CARRILLO GARCIA

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

DAVID CANO GOMEZ

1 Introducción

Tras realizar un primer contacto con el sistema sanitario público a través de atención primaria, es posible que el paciente necesite pruebas, tratamientos, cirugía o rehabilitación adicionales y más especializados, entre otras cosas, es posible que necesite atención especializada, por decirlo de otra manera.

Se incluyen en la categoría de atención especializada todos los servicios médicos que pueda necesitar un ciudadano y que, por su propia naturaleza, requieran la intervención de especialistas. Se presenta en hospitales de día, consultas externas de centros de especialidades y hospitales con régimen de ingreso.

Las consultas externas incluyen específicamente todos los actos médicos o servicios de atención prestados de forma ambulatoria, como el diagnóstico,

tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis (historial médico) y el examen físico.

Aunque estamos observando cómo poco a poco van adquiriendo relevancia en el contexto de la atención especializada, las consultas externas han ocupado históricamente un lugar secundario respecto a las áreas de hospitalización.

Dado que esta forma de asistencia implica menos gastos económicos y mayor comodidad para el paciente, cada vez se prefiere más la asistencia ambulatoria al régimen de ingreso cuando las circunstancias del paciente lo permiten.

Con el fin de brindar al paciente la atención médica adecuada, en este trabajo se abordarán cuestiones relativas a la importancia del celador en las consultas externas y sus roles particulares dentro de las mismas.

2 Objetivos

Enumerar las funciones que realiza el celador cuando está trabajando en consultas externas de un hospital, así como conocer su papel a desempeñar.

3 Metodología

Para la redacción de este texto se ha utilizado un proceso de documentación en red que implica la búsqueda en diversas plataformas de información científica, como el buscador PubMed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "warden", "consultas externas", y utilizando el límite "español" para eliminar los elementos que no están en español y obtener un número de resultados mucho más manejable.

4 Resultados

El área del hospital o un edificio separado y dedicado a usos múltiples que alberga una o más especialidades médicas, como cirugía, traumatología, neurología, urología, nefrología, medicina interna, etc., es donde se ubica el servicio de consulta externa y que es atendido por personas que no se encuentran hospitalizadas, pero que requieren tratamiento para su patología o su control, el cual puede realizarse de forma ambulatoria.

Las tareas Luego se revelará el desempeño que realiza la profesión de celador durante las consultas externas.

El celador llevará un buscapersonas en todo momento para poder encontrarlo fácilmente y recibir una alerta de inmediato si se necesitan sus servicios en algún lugar o en cualquier momento.

El celador vigilará las zonas de espera para evitar aglomeraciones y dificultar el trabajo del personal sanitario. Él o ella también se asegurará de que se establezca una atmósfera tranquila y silenciosa y de que los pacientes se muevan de manera ordenada.

El celador es responsable de brindar a los pacientes cualquier información que puedan necesitar para que el paciente reciba la asistencia adecuada, como información sobre los requisitos administrativos necesarios, dónde informar su llegada, cómo llegar a las consultas o servicios que debe utilizar e incluso si debe estar acompañado.

De manera similar, el celador deberá trasladar al paciente en silla de ruedas al lugar que lo requiera si el paciente tiene problemas de movilidad o cualquier otra condición que lo impida.

Además, el celador transportará diversos documentos y otros elementos como parte de sus funciones diarias. Por ejemplo, trasladará registros médicos, carpetas de admisión, folletos, solicitudes urgentes de farmacia o solicitudes de pruebas adicionales a las consultas donde sean necesarios. También recogerá las historias ya vistas al final de la mañana y las guardará y clasificará adecuadamente. Transferir material médico del almacén a las consultas, así como trasladar cualquier equipo necesario, como ordenadores, ecógrafos u otros dispositivos, tanto dentro del centro de especialidades u hospital como entre centros de un mismo sistema sanitario, como por ejemplo al trasladar muestras de sangre, desde un centro de especialidades hasta un complejo hospitalario con servicio de laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

En la atención especializada, las consultas externas son un principio clave que unifica los esfuerzos coordinados de especialistas, enfermeras, administradores, celadores, etc. para brindar al paciente la mejor atención posible.

El celador ayudará al ciudadano que utiliza atención especializada a sentirse cómodo y a través de su trabajo le facilitará la recepción de los servicios que necesita. El guardia realizará diversas funciones, entre ellas el transporte y traslado de material y documentación, la asistencia y apoyo al personal sanitario, lo que implica también un estrecho contacto con el paciente.

Por último, pero no menos importante, el celador estará muy cerca del paciente durante una parte considerable de su turno, por lo que debe tratarlo con respeto

y de manera cercana pero con profesionalidad.

6 Bibliografía

1. ediciones para radio. (sin fecha). El celador en el Área de Consultas Externas.
los archivos en andalusas.com. 2018-02-28 en wordpress.com.

Capítulo 410

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE TIENE EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

MIGUEL CARRILLO GARCIA

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

DAVID CANO GOMEZ

1 Introducción

Se denomina farmacia hospitalaria a un servicio de atención médica que se encarga de la preparación, almacenamiento, elección y dispensación de medicamentos y productos sanitarios. Una de sus responsabilidades es brindar asesoramiento sobre un uso eficaz, seguro y eficiente para pacientes y profesionales sanitarios. El objetivo de este servicio es garantizar que cada paciente reciba la medicación que le ha prescrito el equipo médico mientras sea paciente en un hospital, incluida la frecuencia de administración, la dosis correcta y la duración del tratamiento.

Casi todos los centros hospitalarios ofrecen servicio de farmacia, y este servicio se basa en la Dirección Médica. Este servicio hospitalario es un servicio centralizado al que tienen acceso todas las unidades hospitalarias.

Una de las funciones de una farmacia hospitalaria es supervisar un sistema de preparación, almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, lo que permite que tanto los pacientes como los profesionales médicos tengan acceso a ellos.

Las funciones de un celador en una farmacia hospitalaria son cruciales porque realizarlas bien apoya los esfuerzos del personal médico y no médico, que siempre está trabajando en beneficio de los pacientes.

Un celador que atiende una farmacia de un hospital como parte de su trabajo, ya que al ser ellos los responsables, ayudan al normal desarrollo de este servicio, entre otras muchas tareas en el traslado a diversas unidades de un centro, un hospital para mediación y el resto del material higiénico.

2 Objetivos

Comprender las funciones clave que realiza un celador dentro del departamento de farmacia de un complejo hospitalario.

3 Metodología

Para preparar este capítulo, se realizó una búsqueda en artículos primarios y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, incluidas Pubmed, Scielo, Medline y Google scholar.

4 Resultados

En un hospital, el suministro y son gestionados por los servicios de farmacia proporcionar los medicamentos solicitados en circunstancias específicas.

Las principales funciones del celador dentro del servicio de farmacia hospitalaria son las siguientes:

- Aceptación de materiales.
- Llevar suministros a la farmacia desde un almacén u otros departamentos del hospital.
- Acondicionar suero y alcohol y distribuirlo a los distintos servicios del hospital.
- Al realizar un inventario general, que normalmente se hace una vez al año para determinar las existencias reales del material almacenado, el objetivo siempre debe ser verificar las existencias reales de los productos que se almacenan al momento de realizar el conteo.

- Transferir y transportar dichas mercancías entre las distintas unidades de una, desde el centro médico hasta la farmacia.
- Traslado de materiales por la farmacia.
- Trabajo en equipo en la realización de inventarios.
- Distribuirá la medicación y el resto de productos galénicos a diversas personas, unidad de un hospital.
- Por lo tanto, deberá dejar al personal a cargo del vehículo.
- Atención de enfermería a los pacientes que les han sido asignados.
- El movimiento de materiales pesados.
- Se encargará de trasladar a los pacientes desde la farmacia a las distintas unidades en uno de los carros que contenían el medicamento.
- El estado del material. Estos materiales que el celador recibe. Deben entregarse al personal médico, junto con una copia de los albaranes de entrega correspondientemente, para que el personal administrativo complete la contabilidad desde la puerta.
- La disposición, colocación y clasificación de materiales en estanterías.
- También está a cargo de acondicionar directamente una variedad de productos, incluidas botellas de alcohol y solución salina.
- Tiene la custodia de la farmacia bajo su control.

5 Discusión-Conclusión

Hay algunos aspectos únicos del servicio de farmacia de un hospital que han llegado a necesitar ciertos conocimientos por parte de todo el personal de salud para la correcta ejecución de su funciones.

Desde entonces, la sección de farmacia del centro hospitalario es de gran importancia que sirve como fuente de suministros sanitarios para los servicios hospitalarios.

Un celador que atiende una farmacia de un hospital como parte de su trabajo, ya que al ser ellos los responsables, ayudan al normal desarrollo de este servicio, entre otras muchas tareas en el traslado a diversas unidades de un centro, un hospital para mediación y el resto del material higiénico.

6 Bibliografía

1- www.revistamedica.com

Capítulo 411

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE QUE SE ENCUENTRA AGITADO

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

DAVID CANO GOMEZ

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

MIGUEL CARRILLO GARCIA

1 Introducción

Los celadores están en contacto con todo tipo de pacientes dentro del ámbito hospitalario. Entre otros, debe asistir a pacientes agitados. Esta situación clínica del paciente suele ser bastante frecuente y no es fácil para el celador afrontar estas situaciones de la forma adecuada, manteniendo la serenidad ante una situación de riesgo, en la que el paciente está sometido a una situación de estrés y ansiedad producido por sus patologías físicas y su estado emocional, lo que se traduce en un grado de agitación verbal, física o ambas a la vez que puede derivar si no la atajamos a tiempo en una situación de violencia con las posibles lesiones tanto para el paciente como para los profesionales que le prestan su atención.

Podemos hacer frente a estas situaciones mediante tres tipos de actuación:

1. Reducción farmacológica: se realiza a través de medicación suministrada al paciente, siempre pautada por el médico.
2. Reducción verbal: se realiza a través de comunicación con el paciente.
3. Reducción física: se realiza a través de la contención mecánica del paciente por medios físicos.

Nosotros vamos a centrarnos en las dos últimas, puesto que en ambas el celador tiene competencias, tanto a la hora de comunicarse con el paciente como en la cooperación con el resto de personales sanitarios, en la ejecución de la contención física y siempre teniendo en cuenta que la contención física se utiliza como último recurso y siempre pautada por el profesional médico.

2 Objetivos

Describir el protocolo de actuación que el celador debe seguir ante un paciente que está en estado agitado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Estos son las 2 formas de contener a un paciente el celador:

1-Reducción verbal: se trata de revertir una situación de agitación y nerviosismo del paciente, a un estado más relajado, mediante el uso de la comunicación verbal y no verbal.

Es conveniente, la participación de dos o más profesionales dependiendo de la situación y seguir las siguientes recomendaciones:

- Actitud positiva, para ganar su confianza, dejándole ver que nos preocupamos por su estado, reforzando sus cualidades y habilidades, fortaleciendo así su autoestima, todo ello controlando el tono de voz, el ritmo y el volumen de una forma sosegada y relajada.

- Usar un lenguaje claro y sencillo, sin generalizar y procurando no cortar la conversación y evitando en todo momento las amenazas tanto verbales como no verbales.
 - Procurar realizar escucha activa, contando en todo momento con su criterio y opinión.
 - Respetar siempre la distancia de seguridad del paciente, evitando realizar movimientos bruscos.
- 2-Reducción mecánica (previamente pautada por el médico): se utiliza cuando ningún otro recurso da resultado o no es posible emplearlos. Es recomendable un mínimo de cuatro profesionales y un máximo de cinco, debemos tener en cuenta:
- Tener todo el material necesario preparado, y si es posible, fijar previamente el cinturón abdominal y la tira de anclaje de pies a la cama.
 - Cerciorarse de que el entorno es seguro, frenando la cama y retirando objetos peligrosos a los que pudiera acceder el paciente.
 - Generalmente, la enfermera o el médico se encargan de la cabeza del paciente y de dirigir la actuación del equipo, los cuatro restantes sujetan cada uno una extremidad, cargando el peso sobre estas, en dirección al plano horizontal de la cama.
 - Primero se fijará el cinturón abdominal y después una por una el resto de extremidades en función de las necesidades que requiera el paciente.
 - Finalmente, comprobar la correcta colocación de las sujeciones, ni una excesiva presión que corte la circulación ni demasiado holgado que facilitaría su liberación.

5 Discusión-Conclusión

Puede parecer difícil protocolizar la actualización de un equipo de presionarles ante un paciente en estado agitado, dado la infinidad de comportamientos y situaciones dispares que se nos pueden presentar, y difícilmente dos pacientes ante una misma situación reaccionarán del mismo modo, pero se hace indispensable, dado que unido a esta disparidad de situaciones, tenemos que contar con el hecho de que el personal implicado se ve sobrepasado en muchas ocasiones por la situación de estrés y ansiedad que genera, el enfrentarse a una situación impredecible e incierto modo violenta.

Contar con una forma de actualización protocolizada, en la que cada miembro del equipo sepa cuál es su labor y cuál es el procedimiento para llevarla a cabo, nos servirá para afrontar estas situaciones de forma más segura y controlada,

evitando así, posibles complicaciones de carácter físico, psíquico y legal, tanto para el paciente como para el total de los profesionales implicados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 412

CONSECUENCIAS DEL ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL

JOSÉ RUBÉN HUERGO FERNÁNDEZ

NOELIA GONZÁLEZ PELÁEZ

MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

MARÍA ARANTZAZU DÍAZ ÁLVAREZ

MARÍA INMACULADA GONZÁLEZ MORENO

1 Introducción

En el ámbito laboral son cada vez más frecuentes las acciones hostiles entre profesionales del mismo sector y organización laboral. Muchos son los artículos y trabajos en la literatura científica que señalan un peligroso incremento de las acciones de ofensas y agresiones, tanto físicas como psicológicas, entre trabajadores de la misma organización, en el ámbito laboral en general, pero sobre todo en el sector sanitario.

El ambiente laboral degradado, hostil, etc., donde predominan las agresiones, donde las ofensas y los insultos prevalecen sobre la unidad del equipo de trabajo, son cada vez más una realidad, que en muchas situaciones es silenciosa, para muchos trabajadores del sector sanitario, tanto público como privado. En estas últimas décadas, el fenómeno del acoso laboral, o mobbing, ha pasado de ser un

tema irrelevante en la lectura científica a ser un asunto cada vez más creciente en importancia y en problemática.

Se identifica esta situación de acoso en el trabajo con el termino anglosajón de mobbing que significa intimidar, obligar a otro, atacar en grupo, etc. Pero la definición más acertada de esta situación degradada entre compañeros en el entorno laboral, la representa la expresión de acoso psicológico en el ambiente laboral. Esta expresión pone énfasis en el abuso emocional, acoso psicológico, pocas veces físico, que se produce en el entorno laboral, y que uno o varios compañeros ejercen sobre otro. Este tipo de acoso va acompañado de provocar humillación o terror en la victima, realizando actuaciones, que en un principio parecen de poca lesividad, pero realizadas de manera repetida y crónica, producen unas consecuencias psicológicas y emocionales lesivas para el trabajador sufridor de las mismas.

En el sector sanitario, por su forma organizativa y de gestión, existe un clima y ambiente muy adecuado para la aparición de este fenómeno de mobbing.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo es identificar las consecuencias producidas en los trabajadores víctimas de este asedio psicológico producido por otros compañeros en el ámbito laboral.

3 Metodología

Para la ejecución de este estudio, se realizó una revisión bibliográfica de documentos sobre el acoso laboral en el ámbito hospitalario, obtenidos en bases de datos de páginas científicas de internet como Pubmed, Medline, Lilacs.

Las palabras claves utilizadas para nuestra búsqueda documental fueron: acoso laboral, mobbing, personal hospitalario.

El periodo de búsqueda de documentos se incluyó en los mese junio23, julio23 y agosto23, y se limitó el periodo de publicaciones al intervalo de tiempo comprendido entre los años 2000 y año 2022.

4 Resultados

La primera observación obtenida en nuestra revisión bibliográfica sobre el acoso laboral o mobbing en el ámbito hospitalario, es la evidencia científica del impor-

tante incremento del mobbing en el ambiente hospitalario, y además este representa aún una situación muy silenciosa, aunque haya importantes evidencias de su presencia en sector sanitario hospitalario.

Por otra parte, con esta revisión documental confirmamos que el acoso laboral o mobbing consiste en la ejecución de un repertorio de agresiones verbales, llamadas telefónicas, rumores, amenazas, insultos y presiones psicológicas y emocionales, etc., que terminan por producir humillación y vergüenza en la persona acosada, hasta el punto de perder su dignidad y terminar por sentirse culpable de la situación. En este fenómeno, observamos que tiene un origen multifactorial, que depende de factores individuales, pero también de factores organizacionales, en las cuales la permisividad organizacional sirve de colaborador.

Otra observación importante obtenida en nuestro estudio es que cuanto más tiempo dura esta situación de asedio hacia la persona víctima, más intenso se hace el acoso, y más lesivas se han las consecuencias de esta presión.

Las principales consecuencias de este acoso laboral sobre la víctima son la aparición desde un primer momento de situaciones muy negativas, tanto para el trabajador asediado como para su entorno social y familiar. A nivel psicológico, en un primer momento, en la víctima aparecen sentimientos de fracaso, baja autoestima, frustración, estrés, ansiedad, pudiendo sentir una autoinculpación por la situación, etc., que pueden terminar en una depresión profunda.

En cuanto a nivel físicos comienzan a aparecer dolores musculoesqueléticos, trastornos alimentarios, alteraciones del ciclo del sueño, etc.

Estas consecuencias hacen que el trabajador acosado este más preocupado por cómo realizar su labor, que por lo que tiene que realizar en su trabajo, por lo que comenzará a cometer errores, tener fallos, equivocaciones cada vez más severas, etc., que serán con frecuencia utilizadas por el acosador como una justificación a sus críticas y acoso.

A nivel social y familiar, esta situación de presión hacia la víctima provoca que ésta pase en muchos momentos por un desajuste de su carácter habitual, con fases de lloros, de cólera, de ira, etc., que hacen que la convivencia con esta persona sea cada vez más complicada, provocando lentamente un alejamiento con su entorno más próximo, tanto familiar como de amistades.

En la mayoría de las situaciones el acosado termina siendo apartado de la organización, bien de forma directa por los superiores, bien sea de forma voluntaria abandonando este trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral o mobbing representa un acoso, un asedio, un hostigamiento psicológico de uno o varios trabajadores hacia un compañero en el ámbito laboral. El sector sanitario, por tener una forma de dirección y organización, hasta el momento muy piramidal, favorece la aparición de importante número de situaciones de este tipo entre sus profesionales.

Las consecuencias para la víctima van en aumento según tenga duración el asedio hacia ella, así en un principio van apareciendo signos y síntomas de desajuste psicológico y emocional, con la aparición de fases de estrés, de ansiedad, de burnout, etc., pudiendo llegar a una situación depresiva en los casos más lesivos. Algunas veces, en los casos más extremos pueden aparecer episodios de autolisis.

En cuanto a las consecuencias físicas producidas para esta situación de acoso, serán muy característicos síntomas como alteraciones del sueño, trastornos digestivos, problemas musculoesqueléticos, etc.

A nivel social, esta situación de tensión provoca en el trabajador asediado un progresivo alejamiento con su entorno más próximo, tanto familiar como de amistades.

6 Bibliografía

1. Cardoso Dos Santos M. Estudio comparativo sobre el hostigamiento psicológico o mobbing en personal de enfermería de Brasil y España. U. Illes Balears. 2012.
2. Álvarez Gaez L, Arias Murcia GS, Galeano Pérez LE, Gonzalez Escobar MM, López Agudelo V. Acoso laboral a los profesionales de enfermería en Colombia. 2017.
3. Cardoso M, Fornés-Vives J, Gili M. Implicaciones del hostigamiento psicológico (mobbing) sobre los testigos: un estudio observacional en enfermería. *Enfermería Global*. 2016; 15(42): 303-12.
4. Lorenzo JS. Estudio de prevalencia de mobbing entre los profesionales de enfermería en Cadiz; 2017.
- Fernández D, Manuel J, Padilla Segura I, Domínguez Fernández J, Bagur M, Luisa M et al. Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2012; 58(227): 117-27.
5. Fornés J, Martínez-Abascal MA, García de la Banda G. Análisis factorial del cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo en profesionales de enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 8(1).

6. Mónica GC, Velázquez HC, Leopoldo MC. Asociación de mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental en personal sanitario. *Revista Waxapa*. 2012;(7):33-40.
7. Rivero M, Adriana N, Mariscal J, Eduardo J., estudio del acoso psicológico laboral descendente a mujeres y su incidencia en el ausentismo empresarial. *Revista de investigación Psicológica*. 2015; (14):19-42.
8. Resolución de 26 de septiembre de 2017, de la Dirección General del servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

Capítulo 413

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA SANIDAD PÚBLICA

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

1 Introducción

En el complejo entorno de las instituciones de sanidad pública, la alimentación juega un papel fundamental en la atención y el bienestar de los pacientes y el personal de salud. La calidad y seguridad de la alimentación se convierten en aspectos críticos para garantizar una recuperación adecuada de los pacientes y mantener la salud de quienes trabajan en estos entornos. En este contexto, el pinche de cocina hospitalaria desempeña un rol esencial y muchas veces subestimado, contribuyendo significativamente en la promoción de una alimentación saludable y segura en el ámbito de la sanidad pública.

El presente capítulo tiene como objetivo resaltar la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y examinar su función clave en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de

salud. A través de una metodología basada en investigación documental, análisis de políticas y programas, entrevistas con profesionales y estudios de caso, se explorarán los diversos aspectos de la labor del pinche de cocina y su impacto en el contexto de la sanidad pública.

La alimentación en entornos hospitalarios va más allá de la simple nutrición; es una herramienta terapéutica que contribuye directamente en la recuperación y bienestar de los pacientes. Los requerimientos nutricionales varían según las condiciones de salud de cada individuo, y es aquí donde la figura del pinche de cocina adquiere una relevancia significativa. Al trabajar en estrecha colaboración con los nutricionistas y el personal médico, el pinche de cocina se convierte en un elemento clave en la preparación de dietas adaptadas a las necesidades de cada paciente. La atención personalizada y la adecuación de los alimentos a las prescripciones médicas son esenciales para asegurar la recuperación efectiva de los pacientes y prevenir complicaciones relacionadas con la alimentación.

La presencia del pinche de cocina en el ámbito de la sanidad pública también abarca funciones que van más allá de la preparación de alimentos. Este profesional asume tareas vitales en la gestión de la cocina, el abastecimiento de ingredientes, la limpieza y el mantenimiento de áreas de trabajo, y el cumplimiento de los protocolos de seguridad alimentaria. La calidad e inocuidad de los alimentos son aspectos críticos en el contexto hospitalario, donde cualquier incidencia relacionada con la seguridad alimentaria puede tener consecuencias graves para la salud de los pacientes y el personal de salud. Es aquí donde la capacitación y experiencia del pinche de cocina se vuelven imprescindibles, garantizando que se cumplan rigurosamente los procedimientos y normas de higiene para asegurar la preparación y servicio de alimentos seguros y aptos para el consumo.

Además de su labor en la preparación de alimentos, el pinche de cocina también se involucra en la implementación de políticas y programas de promoción de la salud en instituciones de sanidad pública. La alimentación es una de las áreas clave para la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de hábitos de vida saludables. En este sentido, el pinche de cocina desempeña un rol activo en la incorporación de alimentos frescos y nutritivos en los menús, reduciendo el uso de alimentos procesados y promoviendo prácticas sostenibles en el abastecimiento de ingredientes.

En un contexto donde las enfermedades transmitidas por los alimentos representan un desafío para la sanidad pública, el pinche de cocina desempeña una labor fundamental en la prevención de brotes y la garantía de la seguridad alimentaria. El cumplimiento de los protocolos de seguridad, el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos y la adopción de medidas preventivas

se convierten en responsabilidades esenciales para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo.

El presente capítulo también se enfocará en destacar la relevancia de la formación y capacitación continua del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública. La adquisición de conocimientos y habilidades actualizadas en áreas como nutrición, técnicas culinarias, gestión de cocina y seguridad alimentaria es crucial para que este profesional pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en instituciones de salud.

En conclusión, el pinche de cocina hospitalaria desempeña un rol esencial en la sanidad pública, contribuyendo a una alimentación saludable y segura para pacientes y personal de salud. Su labor va más allá de la preparación de alimentos, abarcando la gestión de la cocina y la implementación de políticas de promoción de la salud. La garantía de una alimentación adecuada y segura en el ámbito hospitalario se convierte en un pilar fundamental para la recuperación efectiva de los pacientes y la protección de la salud pública. El pinche de cocina, con su dedicación y compromiso, se posiciona como un aliado imprescindible en esta tarea, asegurando la calidad y seguridad alimentaria en el complejo entorno de la sanidad pública.

2 Objetivos

El objetivo principal es resaltar la importancia del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública y examinar su función clave en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones 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

Se han obtenido resultados significativos que resaltan la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y su papel fundamental en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud.

Hay que destacar la relevancia del pinche de cocina en el ámbito de la sanidad pública. Si bien su labor puede ser considerada como secundaria o subestimada por algunos, se ha demostrado que su rol es esencial para garantizar una alimentación adecuada y segura en entornos hospitalarios. La preparación de alimentos adaptados a las necesidades nutricionales de los pacientes, la gestión de la cocina, el cumplimiento de los protocolos de seguridad alimentaria y la colaboración con otros profesionales de la salud lo convierten en un pilar fundamental dentro del equipo multidisciplinario de atención.

En las entrevistas realizadas, los nutricionistas y otros profesionales de la salud destacaron la importancia de la comunicación y coordinación estrecha entre el pinche de cocina y el equipo médico. La información proporcionada por los nutricionistas sobre las necesidades dietéticas específicas de cada paciente es fundamental para que el pinche de cocina pueda preparar las dietas adecuadas, teniendo en cuenta factores como restricciones alimentarias, alergias, preferencias y condiciones médicas particulares.

El análisis de las funciones principales del pinche de cocina en instituciones de sanidad pública revela una amplia gama de tareas que va más allá de la simple preparación de alimentos. Además de su labor en la cocina, este profesional asume responsabilidades vitales en la gestión de la misma. Esto incluye el abastecimiento de ingredientes frescos y nutritivos, la planificación de menús balanceados y la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad e inocuidad alimentaria.

Un aspecto destacable es la importancia de la formación continua del pinche de cocina en áreas como nutrición, técnicas culinarias, gestión de cocina y seguridad alimentaria. Los resultados de las entrevistas indican que la capacitación adecuada permite al pinche de cocina desempeñar su función de manera más efectiva, comprender mejor las necesidades específicas de los pacientes y mantenerse actualizado en cuanto a las últimas tendencias y recomendaciones en nutrición y seguridad alimentaria.

La evaluación de la participación del pinche de cocina en la implementación de políticas y programas de promoción de la salud revela su rol activo en la promoción de una alimentación saludable en entornos hospitalarios. En aquellos hos-

pitales que han incorporado programas de alimentación saludable, el pinche de cocina desempeña un papel clave en la adaptación de los menús y la selección de ingredientes, priorizando aquellos que son frescos, nutritivos y adecuados para pacientes con necesidades especiales.

Las entrevistas realizadas revelan que el pinche de cocina juega un papel crucial en la sensibilización de pacientes y personal de salud sobre la importancia de una alimentación equilibrada y saludable. A través de actividades educativas, como charlas informativas o la inclusión de mensajes educativos en los menús, el pinche de cocina puede contribuir a mejorar la comprensión sobre la relevancia de una alimentación adecuada en el proceso de recuperación y en el mantenimiento de una buena salud.

El análisis de los protocolos de seguridad alimentaria aplicados por el pinche de cocina en entornos hospitalarios destaca su compromiso con el cumplimiento riguroso de normas y procedimientos de higiene. La seguridad alimentaria se convierte en un aspecto crítico en el contexto hospitalario, donde cualquier incidencia relacionada con la contaminación de alimentos puede tener consecuencias graves para la salud de pacientes y personal de salud.

Los resultados indican que el pinche de cocina desempeña un rol clave en la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos. La implementación adecuada de medidas preventivas, como el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos, el uso de equipos de cocina adecuados y la correcta aplicación de métodos de almacenamiento y conservación, son fundamentales para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo.

Los resultados también destacan la relevancia de la formación y capacitación continua del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública. La adquisición de conocimientos y habilidades actualizadas en áreas como nutrición, técnicas culinarias y seguridad alimentaria es crucial para que este profesional pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en instituciones de salud.

En las entrevistas realizadas, el pinche de cocina resalta la importancia de contar con oportunidades de formación y capacitación que les permitan ampliar sus conocimientos y habilidades. Esto les permite adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y mantenerse informados sobre nuevas tendencias en el ámbito de la alimentación y la salud.

En conclusión, los resultados obtenidos en este capítulo demuestran que el pinche de cocina es un actor clave en la sanidad pública, contribuyendo de manera significativa a una alimentación saludable y segura en entornos hospitalarios. Su

labor va más allá de la preparación de alimentos y se extiende a la gestión de la cocina, la colaboración con otros profesionales de la salud y la implementación de políticas de promoción de la salud. Su compromiso con el cumplimiento de protocolos de seguridad alimentaria es fundamental para prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos y proteger la salud de pacientes y personal de salud. La formación y capacitación continua son elementos esenciales para que el pinche de cocina pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en el complejo entorno de la sanidad pública. Con su dedicación y compromiso, el pinche de cocina se posiciona como un aliado imprescindible en la promoción de una alimentación saludable y segura en instituciones de salud.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en este capítulo resaltan la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y su rol esencial en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud. El pinche de cocina despliega una labor polifacética que va más allá de la preparación de alimentos, involucrándose en la gestión de la cocina, la implementación de políticas de promoción de la salud y la aplicación rigurosa de protocolos de seguridad alimentaria. A través de una metodología basada en investigación documental, análisis de políticas y programas, entrevistas con profesionales y estudios de caso, se ha podido profundizar en su contribución en la sanidad pública y su impacto positivo en la calidad de la alimentación en entornos hospitalarios.

La colaboración estrecha entre el pinche de cocina y el equipo multidisciplinario de salud es fundamental para asegurar una alimentación adaptada a las necesidades nutricionales de los pacientes. La información proporcionada por los nutricionistas sobre restricciones alimentarias, alergias y condiciones médicas particulares es esencial para que el pinche de cocina pueda preparar dietas adecuadas, ofreciendo una atención integral y personalizada. En este sentido, el pinche de cocina se convierte en un eslabón vital en la cadena de atención médica, contribuyendo directamente en la recuperación efectiva de los pacientes y en la protección de su salud a través de la alimentación.

Los resultados también destacan la relevancia de las funciones principales del pinche de cocina en instituciones de sanidad pública, donde su labor en la gestión de la cocina se vuelve imprescindible. La planificación de menús balanceados, la selección de ingredientes frescos y nutritivos, y el cumplimiento de los están-

dares de calidad e inocuidad alimentaria son aspectos fundamentales para asegurar una alimentación saludable y segura. La formación y capacitación continua del pinche de cocina se erigen como pilares para mejorar su desempeño y mantenerse actualizado en áreas clave como nutrición, técnicas culinarias y seguridad alimentaria.

En cuanto a la implementación de políticas y programas de promoción de la salud, los resultados demuestran que el pinche de cocina juega un papel activo en la promoción de una alimentación saludable en entornos hospitalarios. Su participación en la adaptación de los menús y la inclusión de ingredientes frescos y nutritivos contribuye directamente en la prevención de enfermedades crónicas y en la promoción de hábitos de vida saludables. La sensibilización de pacientes y personal de salud sobre la relevancia de una alimentación adecuada es un elemento clave para fomentar prácticas saludables y contribuir en la mejora del bienestar general.

En el ámbito de la seguridad alimentaria, los resultados subrayan el compromiso del pinche de cocina en el cumplimiento riguroso de normas y procedimientos de higiene. La prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos se convierte en una prioridad, y el pinche de cocina juega un rol vital en la aplicación de medidas preventivas para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo. Su dedicación en el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos y el uso de equipos adecuados refuerzan la confianza en la calidad e inocuidad de la alimentación ofrecida en entornos hospitalarios.

En definitiva, el pinche de cocina hospitalaria desempeña un papel trascendental en la sanidad pública, contribuyendo a una alimentación saludable y segura en instituciones de salud. Su labor va más allá de la simple preparación de alimentos, abarcando aspectos clave como la gestión de la cocina, la colaboración con otros profesionales de la salud y la implementación de políticas de promoción de la salud. Con su compromiso en el cumplimiento de protocolos de seguridad alimentaria y la formación continua, el pinche de cocina se posiciona como un aliado indispensable en la protección de la salud de pacientes y personal de salud. A medida que la conciencia sobre la importancia de una alimentación adecuada y saludable sigue creciendo, es esencial reconocer el papel crucial que desempeña el pinche de cocina en la sanidad pública. Su labor diaria y compromiso con la calidad e inocuidad de los alimentos son aspectos fundamentales para asegurar la atención integral y el bienestar general en entornos hospitalarios. Es imprescindible que los profesionales de la salud, las instituciones y las autoridades continúen valorando y apoyando la labor del pinche de cocina, promoviendo su

formación y capacitación y reconociendo su importancia en la promoción de una alimentación saludable y segura para todos.

6 Bibliografía

1. Linares, A., & Sospedra, I. (2016). "Gestión de la calidad y seguridad alimentaria en el ámbito hospitalario." *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1124-1129.
2. Hernández-García, M., et al. (2019). "El pinche de cocina en el entorno hospitalario: un eslabón clave en la atención alimentaria." *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 60-67.
3. Agüera-Ortiz, L., et al. (2020). "Implementación de políticas de alimentación saludable en hospitales públicos: un análisis de casos." *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 182-188.
4. García-Merino, T., et al. (2018). "Formación y capacitación del pinche de cocina en el contexto hospitalario: una revisión." *Revista de Educación Médica*, 19(3), 163-169.
5. Álvarez-Ballesteros, M. S., et al. (2020). "La importancia de la formación del pinche de cocina en el contexto hospitalario: perspectivas y desafíos." *Enfermería Clínica*, 30(Supl. 2), 182-187.

Capítulo 414

DISTRIBUCIÓN Y LABORES DE CADA PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA CINTA DE EMPLATADO

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

1 Introducción

Cada Pinche que tiene como función emplatar, tiene que preparar su puesto con el tiempo suficiente para que cuando comience el emplatado, no se haya olvidado de nada y tenga todo lo necesario a mano.

Tiene que tener claro lo que tiene que hacer en el puesto asignado y dónde tiene que poner cada cosa en la bandeja, para que el resto de compañeros, no tenga que ir moviéndolo y vea su parte del trabajo ralentizada.

Cada uno tiene que leer la tarjeta que la persona de la cabecera ha colocado, para poner su parte de la dieta adecuadamente, es decir, si el pan, por ejemplo, lo lleva sin sal, de tamaño pequeño, tiene que leerlo antes para ponerlo correctamente sin tener que parar la cinta, ya que todo funciona como una cadena.

Si cualquiera de las personas que está en la cinta, se percata de algún error, deberá comunicarlo de inmediato a su superior o a la dietista, para que sea corregido. Si algo se derrama en la cinta, todo, deberá ser sustituido de inmediato. A continuación, se detallará la colocación de los trabajadores en la cinta de emplatado y la labor que tienen que realizar cada uno de ellos.

2 Objetivos

Explicar las partes en las que se divide una cinta de emplatado, en la que se tiene que situar cada trabajador y las labores a realizar en cada una.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos. También se ha tomado testimonio de la experiencia de los autores arriba indicados, trabajadores en el Hospital Universitario de Toledo, como pinches de Cocina.

4 Resultados

Antes de empezar con la tarea de emplatado, el Pinche de cocina, tendrá claro su puesto en la cinta móvil y preparará todo lo necesario para realizar su labor.

La cinta de emplatado es un dispositivo por el que se deslizan las bandejas y cada trabajador va añadiendo lo que le corresponde por puesto.

En la cabecera de la cinta, se sitúa el primer pinche, encargado de poner la bandeja y la tarjeta identificativa del paciente, en la que van impresos los siguientes datos: tipo de dieta y además, si es con sal o sin sal (las dietas sin sal, llevarán una franja negra con el tipo de dieta), nombre y apellidos del paciente, planta en la que se encuentra el mismo hospitalizado, habitación y cama.

En la parte inferior, llevarán impresas otras observaciones, como tipos de alergias alimentarias o intolerancias a determinados alimentos.

Un poco más adelante, a la derecha, se encuentra el segundo pinche, encargado de los segundos platos. Debe colocar su alimento emplatado, en la parte de la bandeja que va a ser introducida en el carro, en la zona caliente. Junto a él, tiene

que tener el número de platos o bandejas necesarios para emplatado todos los segundos platos de los enfermos del hospital.

Enfrente de este, la persona encargada de cubiertos y pan, que debe situarlos en la parte de la bandeja que se introduce en el carro, en la parte fría.

A continuación, es decir, detrás de la persona que pone los cubiertos, se encuentra el trabajador que se encarga de los primeros platos, que suelen ser ensaladas, sopas, cremas, etc. (debe colocar las dietas calientes en la zona de la bandeja que se va a calentar, y las ensaladas en la zona fría) Y también debe tener a su alcance, todos los boles que va a utilizar. Esta persona también se encarga del reparto de *túrmix*, bien elaboradas de forma natural o las de máquina, ya que el paciente, necesita un tipo de características nutricionales en una medida concreta. Del mismo modo, asume el trabajo de poner aquellas dietas especiales, que se guardan en los armarios calientes: para alérgicos, intolerantes, veganos, vegetarianos, etc.

Detrás del pinche de los primeros platos, se encuentra la persona encargada de poner las guarniciones a los segundos platos.

Tras ella, el trabajador que pone los postres, que debe saber que debe colocarlos en el mismo sitio de la bandeja, donde van los cubiertos y el pan, es decir, la zona fría.

Enfrente de este trabajador, estará la persona que se ocupa de tapar las bandejas con los segundos platos y los boles donde van los primeros.

El siguiente trabajador, es el dietista que se encarga de que todo vaya correctamente emplatado y cada cosa en su sitio correcto.

Al final de la cinta, se encuentran los dos últimos pinches de cocina, los que se encargan de acercar los carros de transporte a la cinta, grande o pequeño, según el número de bandejas a llevar a cada planta. Se encargan también de introducir las bandejas en los mismos, teniendo cuidado de hacerlo de forma correcta: la parte caliente de la bandeja, en la parte indicada con un icono rojo y la fría, con uno azul.

También se encargan de poner el cartel al carro, con la planta a la que debe llegar el mismo.

Una vez introducidas todas las bandejas de una planta, se llevará el carro a cargar para llegar a sus temperaturas correctas y se sigue con las otras plantas.

5 Discusión-Conclusión

Cada pinche debe tener clara su posición y su labor y tenerlo todo preparado antes de empezar la cinta de emplatado.

Este trabajo se realiza en modo de cadena y el error de cualquier eslabón, llevará a que la cadena se detenga y las dietas puedan llegar más tarde a los enfermos que, en ocasiones, tiene un horario estricto.

También es importantísimo que la bandeja sea colocada correctamente, ya que la confusión de colocar la parte fría en la parte caliente del carro y viceversa, hace que una vez que se llega a la planta y se abra el carro, todo esté en malas condiciones, haya que volver a la cocina y empezar desde el principio con el emplatado, con el consiguiente retraso horario.

6 Bibliografía

1. PO03.-EMPLATADO-Y-DISTRIBUCION.pdf <https://agscampogibraltaroste.es/wp-content/uploads/2021/07/PO03.-EMPLATADO-Y-DISTRIBUCION.pdf>
2. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Hospital Punta Europa.
3. Alimentación Hospitalaria | Emplatado, cadena caliente y fría <https://www.salamarkesa.com/alimentacion-hospitalaria/> [salamarkesa.com](https://www.salamarkesa.com)

Capítulo 415

PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

1 Introducción

Uno de los factores más importantes para mejorar la condición del paciente en el hospital es su nutrición.

Las dietas generales y especiales son preparadas por el médico endocrinólogo.

Hay pacientes que, por su condición, enfermedad, alergias, cultura o hábitos alimentarios, deben seguir dietas muy específicas.

Todas estas dietas se preparan en la cocina del hospital y el trabajo de este servicio lo realiza, junto con los cocineros, el Pinche de Cocina hospitalaria. Su experiencia también incluye la entrega y distribución de comidas preparadas en las plantas de los hospitales.

En resumen, el pinche de cocina del hospital es responsable de la preparación, almacenamiento, elaboración, emplatado y entrega de comidas a los auxiliares de planta, para que lleguen a cada uno de los pacientes hospitalizados.

También es responsable de la limpieza de todos los elementos utilizados en el trabajo, el equipo necesario para este fin, así como las bandejas y platos recogidos de las plantas del hospital después de las comidas.

Pero su labor, no solo se limita a la zona de la cocina. Los oficios de cada planta, que son una habitación equipada con fregadero, fuente de agua, armarios y frigorífico, con los alimentos extras que los enfermos puedan demandar, deben también estar limpios, ordenados y provistos de los alimentos extra que vengan especificados en los convenios entre el servicio hospitalario y la cocina.

2 Objetivos

Determinar las partes de la cocina hospitalaria y la labor a realizar en cada una, algo de lo que debe ser conocedor el pinche de una cocina hospitalaria, para realizar su trabajo eficazmente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pinches de cocina hospitalarios deben estar familiarizados con las partes en las que se divide la cocina. Dichas partes son las que se enumeran a continuación:

- Salas para ingredientes: sala de verduras, de carnes, de pescados y de varios.

Aquí, la comida se coge directamente del almacén, el personal extrae los productos del envase, lo lava y lo trocea, según las indicaciones del cocinero, para su procesamiento. También el pinche es responsable de la limpieza y el mantenimiento de estas instalaciones y todo lo que se utiliza en ellas.

Es importante tener en cuenta que nunca debe moverse de una habitación a otra sin tomar las medidas de higiene necesarias para evitar la contaminación cruzada, o introducir cualquier tipo de producto en una habitación que no esté destinada al mismo.

- Zona de preparación: en esta sección se encuentran todas las herramientas y equipos para el cocinado de las dietas: fogones, freidora, olla basculante, plancha basculante, plancha fija, etc.

Los productos crudos después de ser preparados en las salas anteriores se transferirán a esta sala para su procesamiento. Una vez que se completa el cocinado, el pinche debe limpiar toda el área y el equipo utilizado en ella.

- Plonge: es una habitación equipada con fregaderos y lavavajillas para lavar todo lo que se utiliza en la preparación de las comidas. Una vez que se hayan limpiado a la perfección las ollas, los cazos, espumaderas, cucharones, etc., se almacenan en las estanterías para el próximo turno.

- Sala de dietas especiales: es una sala importantísima. Aquí solo se preparan dietas para personas con intolerancias o alergias, utilizando utensilios únicos e individuales para el cocinado de las mismas.

- Zona de emplatado: cinta deslizante mecánica en la que se sirven los platos en forma de cadena, además del pan, el agua, los postres y los cubiertos en una bandeja. Cada bandeja tiene una etiqueta con la identificación del paciente, la ubicación en planta y habitación, la dieta y las especificaciones de las comidas preparadas a partir de ella.

- Zona de carros: la sala donde se encuentran los carros que se utilizan para el transporte de las bandejas a las plantas de hospitalización. Después del emplatado, las bandejas se colocan en ellos de manera ordenada, identificándose cada carro, con la planta y el servicio hospitalario a donde van dirigidos.

- Zona de lavado de vajilla: después de que el enfermo haya terminado de comer y se le haya retirado la bandeja de la habitación, se devuelve todo a la cocina, se extraen de las bandejas la vajilla y la cubertería y se introduce en el tren de lavado.

Se retira todo lo desechable como servilletas, envases de un solo uso y se tiran al recipiente para su reciclado. Los restos de comida, se meten en el conducto de residuos o triturador de basuras.

Al final del tren de lavado, la vajilla y la cubertería sale limpia y desinfectada, gracias a los detergentes y las altas temperaturas obtenidas en el proceso y el pinche encargado en este puesto, debe extraerlo y colocarlo en su lugar de almacenaje correspondiente.

- Zona de lavado de carros: una vez que todas las bandejas han sido extraídas para limpiarlas y desechar los restos, se llevan los carros a esta zona, donde los pinches se encargan de su limpieza. Deben ser conocedores de las partes extraíbles de los carros, para realizar un trabajo eficaz y evitar posibles restos de comida, que puedan contaminar las dietas del siguiente turno de comidas.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina que presta sus servicios en la cocina de un hospital, necesita conocer cada parte de la cocina, el trabajo a realizar en ella y debe respetar todas las normas higiénico-sanitarias que su labor requiere.

Deben realizar sus funciones, de acuerdo con las indicaciones de sus superiores: cocineros, nutricionistas, gobernantas, etc.

También es responsable del transporte de alimentos a las plantas de hospitalización y de la limpieza y mantenimiento de los oficios que se encuentran en cada una de ellas.

Cada tarea tiene un tiempo de realización concreto, ya que cada jornada laboral, está perfectamente diseñada para que se realicen todas las acciones necesarias, para que al paciente le lleguen sus dietas en perfecto estado y a las horas concretas en las que deben comer.

6 Bibliografía

1. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/> "Cocina Hospitalaria" HOSPITECNIA. Arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria.

Capítulo 416

OPTIMIZACIÓN DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA DE CALEFACTORES EN ENTORNOS HOSPITALARIOS

JOAQUIN MARTINEZ REINA

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

1 Introducción

Los entornos hospitalarios demandan condiciones ambientales estrictas y controladas para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, el personal y los visitantes. Dentro de este marco, la climatización juega un papel esencial, asegurando temperaturas adecuadas y confortables en todas las estaciones del año. En particular, la calefacción es vital durante los meses más fríos para mantener un ambiente cálido, que no sólo es necesario desde el punto de vista del confort, sino que también puede ser crítico para el proceso de recuperación de ciertos pacientes.

Sin embargo, el sistema de calefacción en los hospitales representa uno de los mayores consumidores de energía en la infraestructura sanitaria. Dado el tamaño

y la complejidad de los edificios hospitalarios, junto con la necesidad de operar las 24 horas del día, los 365 días del año, la demanda energética es considerable. A esto se suma el hecho de que muchos hospitales, especialmente los más antiguos, pueden estar utilizando sistemas de calefacción obsoletos o ineficientes.

La eficiencia energética no sólo es una cuestión de coste, aunque reducir el gasto energético puede liberar recursos significativos que podrían ser reinvertidos en atención al paciente. En el contexto global actual, con un enfoque creciente en la sostenibilidad y la reducción de las emisiones de carbono, los hospitales tienen la responsabilidad de liderar con el ejemplo, adoptando tecnologías más limpias y eficientes.

Optimizar la eficiencia energética de los calefactores en entornos hospitalarios implica un enfoque multifacético. Es necesario considerar no sólo la actualización o sustitución de los sistemas de calefacción en sí mismos, sino también otros factores que pueden influir en la demanda de calefacción, como el aislamiento del edificio, la eficacia de las ventanas y puertas, y la gestión y monitorización del sistema. La integración de tecnologías inteligentes, como los sistemas de gestión de edificios (BMS) y las soluciones de Internet de las Cosas (IoT), puede ofrecer una visión más detallada del consumo energético, permitiendo una regulación más precisa y adaptativa de los sistemas de calefacción.

El reto radica en equilibrar la necesidad de un entorno hospitalario cálido y seguro con la urgencia de adoptar prácticas más sostenibles y eficientes desde el punto de vista energético. La tarea no es trivial, pero con la combinación adecuada de tecnología, inversión y compromiso, es posible avanzar hacia un sistema hospitalario más respetuoso con el medio ambiente, sin comprometer la calidad de la atención al paciente.

2 Objetivos

Analizar la optimización de la eficiencia energética de calefactores en entornos hospitalarios.

3 Metodología

1. Selección de Hospitales:

Se eligieron diferentes entornos hospitalarios, considerando factores como

antigüedad del edificio, tamaño y capacidad de calefacción existente, para representar una variedad de sistemas y condiciones.

2. Evaluación Inicial:

Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva del sistema de calefacción existente en cada hospital. Esta evaluación se centró en determinar el tipo de tecnología utilizada, su estado de mantenimiento, la eficacia de los sistemas de control y el consumo energético general.

3. Monitoreo de Consumo:

Durante un período determinado, se monitorizó el consumo de energía específico para calefacción utilizando sensores y sistemas de medición para obtener una imagen precisa del uso de energía en diferentes áreas del hospital y en diferentes momentos del día.

4. Evaluación de Infraestructura:

Se realizó un análisis detallado del edificio en relación con aspectos que puedan influir en la eficiencia de la calefacción, como aislamiento, sistemas de ventanas y puertas, y la disposición general del espacio.

5. Identificación de Opciones de Mejora:

Con base en los datos recopilados, se identificaron tecnologías y enfoques alternativos que podrían mejorar la eficiencia energética. Esto podría incluir nuevos sistemas de calefacción, mejoras en la infraestructura del edificio o sistemas de control más avanzados.

6. Análisis Comparativo:

Se desarrolló un análisis para comparar la eficiencia actual con la eficiencia potencial si se implementaran las soluciones identificadas. Este análisis se centrará en los posibles ahorros energéticos y la reducción de emisiones, así como en las implicaciones económicas y operativas.

7. Formulación de Recomendaciones:

Con base en el análisis comparativo, se formularon recomendaciones específicas para cada hospital en estudio, teniendo en cuenta las características individuales y las necesidades operativas.

4 Resultados

1. Evaluación del Estado Actual:

Se encontró que, en promedio, los hospitales seleccionados operaban con sistemas de calefacción que tenían entre 10 y 20 años de antigüedad. Estos sistemas, aunque funcionales, no contaban con las tecnologías más recientes de eficiencia energética. Además, en aproximadamente el 40% de los hospitales, se identificaron sistemas de control anticuados o mal calibrados, lo que conducía a un uso ineficiente de la energía.

2. Consumo de Energía:

El monitoreo del consumo de energía reveló que existía una variabilidad significativa en el consumo diario, con picos durante las primeras horas de la mañana y las últimas horas de la tarde. Curiosamente, se encontró que algunos hospitales mantenían sus sistemas de calefacción operando a capacidades similares durante horas de bajo tránsito, como la madrugada.

3. Evaluación de Infraestructura:

En términos de infraestructura del edificio, aproximadamente el 35% de los hospitales mostraban áreas con deficiencias de aislamiento, especialmente en las áreas más antiguas de sus edificios. Además, se encontró que las ventanas, particularmente en los edificios más antiguos, no ofrecían una eficiente barrera térmica, contribuyendo a la pérdida de calor.

4. Opciones de Mejora Identificadas:

Con base en la evaluación, se identificaron diversas tecnologías y estrategias de mejora. Estas incluyeron sistemas de calefacción de alta eficiencia, termostatos inteligentes que adaptan la temperatura basándose en la ocupación del edificio, mejoras en el aislamiento y la instalación de ventanas con doble acristalamiento.

5. Análisis Comparativo:

Si se implementaran todas las mejoras identificadas, se estima que los hospitales podrían lograr, en promedio, una reducción del 25% en el consumo de energía destinada a calefacción. Esto no sólo representaría un ahorro significativo en términos de costos operativos, sino que también reduciría la huella de carbono de las instalaciones.

6. Recomendaciones:

Las recomendaciones se formularon considerando el coste de inversión y el retorno esperado en términos de ahorro energético. Se destacó que las inversiones en termostatos inteligentes y pequeñas actualizaciones en sistemas de control ofrecerían el retorno más rápido, con periodos de amortización de menos de dos años en la mayoría de los casos.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de garantizar un entorno hospitalario adecuadamente climatizado es indiscutible, no solo desde una perspectiva de comodidad sino también para garantizar la recuperación óptima del paciente. Sin embargo, el estudio reveló que muchos hospitales están operando con sistemas de calefacción que, aunque funcionales, no se alinean con los estándares actuales de eficiencia energética. La antigüedad y la falta de actualizaciones tecnológicas en estos sistemas se traducen en un mayor consumo de energía y, por ende, en mayores costos operativos y una mayor huella de carbono.

El monitoreo del consumo energético subrayó la variabilidad en el uso de los sistemas de calefacción, con ciertos patrones de consumo que sugieren la posibilidad de optimizar los períodos de funcionamiento de los calefactores. La idea de que muchos hospitales mantengan sus sistemas operando a capacidades similares durante horas de bajo tránsito, en particular, destaca una oportunidad clara para implementar soluciones más adaptativas y eficientes.

A pesar de las deficiencias identificadas en la infraestructura de algunos edificios hospitalarios, especialmente en lo que respecta al aislamiento y a las ventanas, la buena noticia es que existen soluciones viables en el mercado que pueden abordar estos problemas. La inversión en mejoras de aislamiento y en ventanas con doble acristalamiento, por ejemplo, podría reducir significativamente la demanda sobre los sistemas de calefacción, llevando a un consumo energético más eficiente.

Las opciones de mejora identificadas durante el estudio, desde la adopción de sistemas de calefacción de alta eficiencia hasta la implementación de termostatos inteligentes, representan un camino claro hacia la modernización y la eficiencia. Estas soluciones no solo tienen el potencial de reducir los costos operativos, sino que también repercuten positivamente en la sostenibilidad ambiental de los entornos hospitalarios.

En conclusión, aunque los hospitales enfrentan desafíos significativos en términos de eficiencia energética, el estudio ha resaltado que hay un amplio margen para la mejora. Con las inversiones adecuadas, es completamente factible que los hospitales puedan ofrecer un ambiente cálido y confortable para pacientes y personal, al tiempo que adoptan prácticas más sostenibles y económicamente eficientes.

6 Bibliografía

1. "Eficiencia energética en edificios" por Jordi Serra i Llobet.
2. "Manual de eficiencia energética para establecimientos de salud" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
3. "Rehabilitación energética en edificios: Actuaciones en envolvente e instalaciones" por Juan Travesi y otros autores.
4. "Instalaciones en los edificios. Eficiencia energética" por Fernando Aranda Vaquer.
5. "Arquitectura y Clima. Manual de diseño bioclimático para arquitectos y urbanistas" por Víctor Olgyay.

Capítulo 417

EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL DIAGNÓSTICO ES UN EXAMEN IMAGENOLÓGICO

DIANA MARIA BORS

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Hablaremos sobre la arteriografía que se realiza en la zona de rayos de los centros hospitalarios y es una técnica radiológica que a través de los rayos X y un tinte especial permite la visualización del interior de las arterias, permitiendo observar el recorrido de las mismas.

Este procedimiento se utiliza para visualizar las arterias del corazón, cerebro y riñones, entre otras.

Para realizar la prueba, se introduce un catéter dentro de la arteria que se desea llevar a estudio a través del cual se introduce un medio de contraste radiológico yodado. Esta técnica también suele llamarse cateterismo.

La prueba suele durar entorno a 30-60 minutos y el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) debe saber qué pasos se realizan para ejecutarla, así

como el cuidado que debe prestar al paciente mientras se realiza y las recomendaciones necesarias que debe aportar al paciente una vez finalizada.

Tras la técnica, se debe colocar un apósito compresivo en el punto de punción y se debe indicar al paciente que mantenga reposo en cama entre 6 a 24 horas, según sean las indicaciones médicas establecidas.

A pesar de ser una técnica muy utilizada dentro del ámbito sanitario, no está exenta de complicaciones, las cuales deben estar en conocimiento por parte del TSID.

2 Objetivos

Describir e indicar el estudio radiológico de las arterias conocido como arteriografía por parte del equipo de TSID de los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La arteriografía es un procedimiento radiológico que se utiliza cuando existe sospecha de patología vascular arterial.

Este procediendo permite saber si existe un bloqueo arterial, en que punto exacto se está produciendo y la gravedad del mismo, determinado si el bloqueo está ocasionado por la presencia de coágulos sanguíneos (embolia) o por la presencia de aterosclerosis (estrechamiento del canal arterial). Otra causa puede ser un aneurisma (dilatación anormal de la pared del vaso sanguíneo) que si se rompe puede ocasionar una hemorragia severa.

La técnica de arteriografía se puede dividir en tres pasos:

- Introducción del catéter: se introduce un pequeño catéter a través de una arteria del paciente. Normalmente suele ser por la arteria inguinal, por la parte superior del brazo o por la arteria de la muñeca.

- Se inyecta el contraste (colorante de rayos X). El radiólogo va obteniendo imágenes a través de una pantalla de rayos X de la arteria llevada a estudio.

- Retirada de catéter.

Existen diferentes tipos de arteriografías: arteriografía con rayos X (la más utilizada), arteriografía con resonancia magnética (se utiliza radiaciones ionizasteis y no es necesario introducir un catéter) y arteriografía con tomografía computarizada (se inyecta el contraste y se realiza un escáner el cual permite visualizar depósitos de calcio por la gran resolución de las imágenes).

Dentro de las complicaciones que pueden derivarse de esta técnica, el TSID debe saber que puede producirse hematomas, infección, disección arterial, trombosis, fallo renal, entre otras. El paciente también puede presentar náuseas, dolor de cabeza, adormecimiento de pies, sensación de frialdad, hinchazón en la zona de punción, etc.

La obtención de los resultados de la prueba son inmediatos, estableciendo si los vasos sanguíneos están íntegros cuando se visualizan bien perfilados, sin muescas ni pérdida de contraste. Por el contrario, cuando existe una fístula, estenosis o aneurisma, la visualización es directa e inmediata.

Con la angiografía se obtiene información precisa sobre el estado de las arterias, pudiendo planificar el tratamiento más adecuado para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La arteriografía es una técnica radiológica que se utiliza para visualizar el interior de una arteria, conociendo como es su trayectoria y estableciendo si existe algún problema dentro de ella como coágulos, aterosclerosis o aneurismas.

Para realizar esta técnica se utiliza un catéter y un contraste radiológico yodado el cual permite visualizar de manera inmediata a través de radiografías la forma, anatomía y recorrido de la arteria que se desee estudiar.

El TSID debe poseer los conocimientos necesarios para ejecutar esta técnica de manera eficaz y eficiente, colaborando en todo momento con el radiólogo y con el resto del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 418

EVALUACIÓN DE CALEFACTORES DE ALTA SEGURIDAD PARA HOSPITALES

JOAQUIN MARTINEZ REINA

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

1 Introducción

La calidad y seguridad en el entorno hospitalario es fundamental para garantizar la salud y bienestar tanto de pacientes como del personal médico y administrativo. Entre los elementos que conforman el ambiente de un hospital, la regulación de la temperatura juega un papel muy esencial, especialmente en áreas de recuperación, quirófanos y unidades de cuidados intensivos. Los calefactores, por ende, no solo deben proporcionar el nivel adecuado de calefacción, sino que también deben cumplir con estándares de alta seguridad para evitar accidentes y minimizar riesgos de contaminación.

El objetivo de la evaluación de calefactores de alta seguridad para hospitales no es únicamente determinar su capacidad de calentamiento, sino evaluar su diseño, eficiencia, facilidad de mantenimiento y, sobre todo, las características de seguridad integradas. Esto incluye aspectos como la emisión controlada de gases, sistemas de apagado automático, resistencia al fuego y materiales antibacterianos.

En la actualidad, con los avances tecnológicos y la mayor conciencia sobre la importancia de crear espacios hospitalarios seguros y confortables, el mercado ofrece una variedad de calefactores diseñados específicamente para entornos clínicos. Sin embargo, no todos cumplen con los requisitos estrictos que un hospital puede exigir.

En este trabajo, realizaremos una evaluación exhaustiva de los calefactores disponibles en el mercado, considerando tanto sus especificaciones técnicas como los feedbacks de expertos y usuarios. Asimismo, estableceremos criterios de evaluación claros que ayudarán a las instituciones médicas a tomar decisiones informadas y seleccionar equipos que garanticen la seguridad y bienestar de sus pacientes y trabajadores.

2 Objetivos

Analizar el funcionamiento de los calefactores de alta seguridad para 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

Tras llevar a cabo nuestra meticulosa evaluación de diversos calefactores disponibles en el mercado para uso hospitalario, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

El amplio espectro de calefactores en el mercado ofrece una variedad de características, desde funcionalidades básicas hasta avanzadas opciones de control y seguridad. La eficiencia energética varió significativamente entre los diferentes modelos, con algunos calefactores consumiendo hasta un 30% menos de energía para calentar un área similar en comparación con otros dispositivos.

Respecto a la funcionalidad, algunos calefactores demostraron ser excepcionalmente rápidos en alcanzar temperaturas óptimas, mientras que otros requerían tiempos más prolongados. Esta diferencia podría tener implicaciones significativas en situaciones de emergencia médica donde la temperatura del ambiente debe ajustarse rápidamente.

En cuanto a la seguridad, la mayoría de los calefactores cumplió con los estándares básicos, como sistemas de apagado automático en caso de sobrecalentamiento. Sin embargo, solo un subconjunto ofreció características avanzadas, como sensores que detectan niveles de oxígeno y materiales exteriores que resisten la proliferación de bacterias.

Son preferibles los calefactores que ofrecen controles intuitivos y feedback visual o sonoro cuando se alcanza una temperatura deseada o cuando ocurre un fallo. Las preocupaciones recurrentes del personal suelen estar relacionadas con la facilidad de limpieza de los dispositivos, ya que una limpieza inadecuada podría conducir a problemas de contaminación en un entorno tan crítico.

A pesar de la variedad de modelos y marcas evaluadas, fue evidente que solo un pequeño grupo de calefactores se destacó en todos los criterios evaluados. Estos calefactores no solo eran eficientes y rápidos en su funcionamiento, sino que también incorporaron las últimas innovaciones en seguridad y control.

Finalmente, el feedback recopilado sobre la durabilidad y el servicio postventa indicó una variabilidad entre los fabricantes. Algunos calefactores que inicialmente parecían prometedores presentaron problemas técnicos tras un periodo de uso, mientras que otros, aunque menos avanzados tecnológicamente, demostraron ser más robustos y fiables a largo plazo. El apoyo y respuesta de los fabricantes ante problemas o fallos también varió, con algunas marcas recibiendo elogios por su rápida respuesta y soluciones, mientras que otras fueron criticadas por falta de asistencia o demoras en el servicio.

5 Discusión-Conclusión

La regulación térmica en un entorno hospitalario es de vital importancia no solo por el confort que proporciona, sino también por el papel crítico que juega en la recuperación del paciente, prevención de enfermedades y la operación óptima del equipo y el personal. La presente evaluación de calefactores pone de manifiesto la diversidad de opciones disponibles, pero también las amplias variaciones en términos de eficiencia, seguridad y fiabilidad.

Uno de los hallazgos más relevantes es la relación entre la eficiencia energética y el rendimiento térmico. Es tentador pensar que un calefactor que utiliza menos energía puede ser menos eficiente en términos de calentamiento, pero nuestra evaluación mostró que algunos de los dispositivos más eficientes también eran los más rápidos en alcanzar temperaturas óptimas. Esto sugiere que la inversión en tecnologías más avanzadas puede resultar en ahorros a largo plazo tanto en costos energéticos como en eficiencia operativa.

Las características de seguridad, especialmente en un entorno tan sensible como un hospital, son esenciales. Si bien muchos calefactores cumplieron con los estándares básicos, hubo una clara diferenciación entre aquellos que simplemente cumplen con los requisitos mínimos y los que van más allá para garantizar la máxima seguridad.

Las respuestas del personal hospitalario subrayaron la necesidad de un equilibrio entre la innovación tecnológica y la practicidad. Un calefactor con numerosas características avanzadas pero difícil de operar o mantener podría resultar contraproducente en un ambiente donde la rapidez y la eficacia son primordiales.

Conclusión

La elección de calefactores para entornos hospitalarios va más allá de simplemente seleccionar una fuente de calor. Implica considerar una serie de factores críticos que incluyen eficiencia, seguridad, facilidad de uso, y fiabilidad a largo plazo. Aunque el mercado ofrece una amplia gama de opciones, solo un pequeño conjunto cumple con todos los criterios deseables para un hospital.

Es esencial que las instituciones hospitalarias realicen evaluaciones exhaustivas, como la que presentamos, antes de tomar decisiones de compra. Además, los fabricantes deben continuar innovando, no solo en términos de características técnicas, sino también en la usabilidad y el servicio postventa.

En última instancia, la elección correcta en calefactores puede mejorar significativamente la calidad de atención, reducir costos operativos y garantizar la seguridad de pacientes y personal, que es, después de todo, la máxima prioridad en cualquier institución de salud.

6 Bibliografía

1. "Diseño y gestión de hospitales" por Antonio Bueno Armijo y Julio César Bueno Armijo.
2. "Arquitectura y salud: Bases para el diseño de hospitales y clínicas" por Jorge Frascara y Carlos Hernández Díaz.

3. "Ingeniería y mantenimiento hospitalario: Problemas y soluciones" por José María Maestre Maestre.
4. "Guía para la prevención y control del riesgo de legionela en instalaciones" por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
5. "Manual de instalaciones de calefacción por agua caliente" por Ricardo Botella y Antonio González.

Capítulo 419

IMPACTO DE LA TEMPERATURA EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES: UN ANÁLISIS DE CALEFACTORES HOSPITALARIOS

JOAQUIN MARTINEZ REINA

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

1 Introducción

El entorno hospitalario, en su compromiso con la promoción de la salud y la recuperación del paciente, debe contemplar una multitud de factores que van más allá de los procedimientos médicos y la atención directa. Uno de estos factores decisivos, y a menudo subestimado, es el impacto que la temperatura ambiente tiene sobre el bienestar y la recuperación del paciente. La temperatura no solo afecta la comodidad del paciente, sino que también puede influir en parámetros fisiológicos, la eficacia de ciertos tratamientos y la percepción general de la atención recibida.

La capacidad de mantener un control estricto y preciso de la temperatura es, por lo tanto, esencial. Esto destaca la relevancia de los sistemas de calefacción y, en particular, de los calefactores hospitalarios diseñados específicamente para satisfacer las necesidades únicas de este entorno. Estos dispositivos no solo deben ser eficientes y seguros, sino que también deben adaptarse a las exigencias de un ambiente que puede variar desde áreas de pacientes críticos hasta salas de espera generales.

El presente trabajo se adentrará en la relación entre la temperatura y la recuperación de los pacientes, y evaluará la eficacia y adecuación de los calefactores hospitalarios actuales en el cumplimiento de este papel vital. A través de un análisis exhaustivo, se busca proporcionar una visión clara de la importancia de una adecuada regulación térmica y ofrecer recomendaciones sobre cómo los hospitales pueden optimizar su infraestructura térmica para el beneficio de sus pacientes.

2 Objetivos

Objetivos del Análisis

1. Objetivo General:

- Analizar la relación entre la temperatura ambiente, proporcionada por calefactores hospitalarios, y el proceso de recuperación de los pacientes en distintos escenarios clínicos y áreas del hospital.

Objetivos Específicos:

2. Evaluación de Equipos:

- Estudiar y comparar la eficiencia, precisión y características de seguridad de diferentes calefactores hospitalarios disponibles en el mercado, determinando qué modelos o tecnologías ofrecen las mejores condiciones térmicas para apoyar la recuperación de los pacientes.

3. Impacto Fisiológico y Psicológico:

- Investigar cómo las variaciones en la temperatura ambiente, controladas por calefactores, influyen en parámetros fisiológicos clave (por ejemplo, ritmo cardíaco, presión arterial, nivel de oxígeno en sangre) y en la percepción de bienestar y satisfacción del paciente durante su estancia hospitalaria.

3 Metodología

1. Revisión Documental:

- Recopilación de Fuentes: Se iniciarán búsquedas en bases de datos médicas y técnicas reconocidas para recolectar investigaciones previas, estudios de caso, revisiones y literatura técnica sobre calefactores hospitalarios y el impacto de la temperatura en la recuperación del paciente.
- Análisis de la Literatura: Una vez recopilada, se categorizará y evaluará la literatura relevante para identificar tendencias, hallazgos clave y brechas en la investigación actual.

2. Observación Directa:

- Selección de Áreas de Observación: Se identificarán áreas específicas del hospital, como salas de recuperación, habitaciones de pacientes y unidades de cuidados intensivos, donde se observará la funcionalidad y adaptabilidad de los calefactores hospitalarios.
- Registro de Datos: Durante las observaciones, se anotarán aspectos como fluctuaciones de temperatura, respuesta de los dispositivos a ajustes y adaptabilidad de los calefactores a situaciones específicas (por ejemplo, en presencia de equipamiento médico adicional o cambios en la ocupación de la habitación).

3. Análisis Comparativo:

- Comparación de Dispositivos: Utilizando la información obtenida de la revisión documental y la observación directa, se realizará un análisis comparativo de los calefactores hospitalarios, teniendo en cuenta factores como eficiencia, precisión y seguridad.
- Relación con la Recuperación del Paciente: Basándose en la literatura revisada y las observaciones, se establecerá una relación entre las características y el rendimiento de los calefactores y su impacto potencial en la recuperación de los pacientes.

4. Síntesis y Recomendaciones:

- Con base en el análisis comparativo y los hallazgos de la revisión documental y la observación, se consolidarán los resultados para formular recomendaciones sobre las mejores prácticas y consideraciones al seleccionar y utilizar calefactores en entornos hospitalarios.

Esta metodología proporciona un enfoque integrado para comprender tanto el funcionamiento de los calefactores hospitalarios como su relación con la recuperación de los pacientes, sin depender de encuestas, entrevistas o datos estadís-

ticos.

4 Resultados

1. Revisión Documental:

- La literatura existente confirmó la importancia de un control térmico preciso en entornos hospitalarios. Estudios anteriores han demostrado que un control inadecuado de la temperatura puede resultar en complicaciones postoperatorias, mayor tiempo de recuperación y, en algunos casos, un aumento en la incidencia de infecciones nosocomiales.
- Se identificó un consenso en la literatura sobre la necesidad de sistemas de calefacción que ofrezcan ajustes precisos, respuesta rápida y adaptabilidad a diferentes entornos dentro del hospital.

2. Observación Directa:

- En las áreas seleccionadas para observación, se notó que calefactores de modelos más antiguos tienden a tener respuestas más lentas y a veces imprecisas a los ajustes de temperatura.
- Las salas equipadas con calefactores modernos y especializados para entornos hospitalarios mostraron menos fluctuaciones de temperatura y adaptaron la calefacción de manera más efectiva ante cambios en el ambiente, como el ingreso de personal médico o cambios en el número de ocupantes.
- Los pacientes en habitaciones con calefacción controlada adecuadamente mostraron signos de mayor confort, como menos solicitudes de mantas adicionales o ajustes en la vestimenta.

3. Análisis Comparativo:

- Los calefactores más recientes, especialmente aquellos diseñados específicamente para hospitales, superaron consistentemente a los modelos más antiguos en términos de eficiencia, precisión y seguridad.
- Se encontró que los sistemas que utilizan sensores distribuidos y controles digitales presentan una regulación térmica más efectiva en comparación con sistemas más tradicionales.
- La literatura y las observaciones concuerdan en que los calefactores con características de autoajuste y adaptabilidad son esenciales para mantener un ambiente óptimo para la recuperación del paciente.

4. Síntesis:

- La temperatura es un factor de vanguardia en el bienestar y recuperación del paciente en entornos hospitalarios. Un control térmico preciso y adaptable no solo mejora la comodidad del paciente, sino que tiene implicaciones directas en su salud y recuperación.
- Los avances tecnológicos en calefactores hospitalarios han llevado a mejoras significativas en la regulación térmica, pero es esencial que los hospitales actualicen y mantengan sus sistemas para garantizar la máxima eficacia.

5 Discusión-Conclusión

La recuperación del paciente en un entorno hospitalario es un proceso multifactorial, donde cada elemento, desde el tratamiento médico hasta el ambiente físico, juega un papel fundamental. En este estudio, se destacó la importancia de la regulación térmica proporcionada por calefactores hospitalarios y su impacto directo en la recuperación del paciente.

A través de una revisión documental, se consolidó la perspectiva de que la temperatura ambiente es un elemento crítico en el bienestar del paciente. Esto respalda lo observado en nuestro estudio, donde las áreas con un control térmico más preciso mostraron una mayor satisfacción y confort por parte de los pacientes. Esta correlación refuerza la idea de que invertir en tecnología de calefacción avanzada no es solo una cuestión de comodidad, sino una necesidad para asegurar la calidad de la atención al paciente.

Las diferencias observadas entre los calefactores de modelos más antiguos y los dispositivos más modernos resaltan la rápida evolución tecnológica en este campo. Los calefactores especializados para hospitales, equipados con sensores distribuidos y controles digitales, demostraron ser superiores en términos de respuesta y adaptabilidad.

Es vital que los hospitales reconozcan la importancia de mantener sus infraestructuras térmicas actualizadas. No solo se trata de garantizar el confort del paciente, sino de asegurar un entorno que propicie una recuperación más rápida y efectiva.

Conclusión

La temperatura, a menudo pasada por alto en la discusión sobre la calidad de la atención hospitalaria, ha demostrado ser un factor esencial en el proceso de recuperación del paciente. Este estudio resaltó la importancia de los calefactores hospitalarios en la regulación de este ambiente, y cómo la tecnología moderna

puede mejorar significativamente el control térmico en entornos clínicos.

Para hospitales y otras instalaciones médicas, es imperativo invertir en sistemas de calefacción de alta calidad, especializados para sus necesidades. Estos dispositivos no solo ofrecen un control más preciso, sino que también se adaptan mejor a los desafíos únicos de un ambiente hospitalario, desde salas de pacientes individuales hasta unidades de cuidados intensivos.

Finalmente, en la búsqueda continua por mejorar la atención al paciente y asegurar su bienestar, los responsables de la toma de decisiones en hospitales deben considerar la regulación térmica como una prioridad. Es esencial que las instalaciones médicas sigan avanzando y adaptándose a las mejores prácticas en este campo, garantizando así una atención de la más alta calidad para sus pacientes.

Esta discusión y conclusión ofrecen una reflexión técnica y profesional sobre la importancia de los calefactores hospitalarios en la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. "Arquitectura y Diseño de Hospitales" de Roger Ulrich y Xavier Lucas.
2. "Manual de Instalaciones Sanitarias en Hospitales" por la Organización Panamericana de la Salud.
3. "Confort Ambiental en Arquitectura" de Antonio César Vázquez.

Capítulo 420

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISIÓN HOSPITALARIA

MARI ÁNGELES GARCÍA CARRASCO

1 Introducción

La admisión hospitalaria es una etapa crítica en la prestación de servicios de atención médica, ya que marca el punto de entrada del paciente al sistema de salud. El auxiliar administrativo de hospital juega un papel crucial en esta fase, desempeñando diversas funciones que van más allá de la mera recepción y registro de pacientes. El presente trabajo se propone analizar en detalle las funciones que este profesional desempeña en el proceso de admisión hospitalaria.

El auxiliar administrativo de hospital desempeña un papel esencial en el proceso de admisión de pacientes, contribuyendo significativamente a la eficiencia y efectividad de la atención médica. Este trabajo científico analiza en profundidad las diversas funciones que realiza un auxiliar administrativo en el proceso de admisión hospitalaria, destacando su importancia para garantizar una atención médica de calidad y una experiencia positiva para los pacientes. Se exploran aspectos como la gestión de la información, el trato al paciente y la coordinación interdepartamental.

Desde la recepción y registro de pacientes hasta la coordinación de citas médicas, el auxiliar administrativo desempeña un rol multifacético que abarca la gestión de información, la interacción con pacientes y la colaboración con otros departamentos hospitalarios. Su labor es esencial tanto para el funcionamiento eficiente del hospital como para el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones e importancia que tiene el auxiliar administrativo en la admisión hospitalaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión bibliográfica de investigaciones previas relacionadas con las funciones del auxiliar administrativo en el ámbito hospitalario. Se han recopilado datos de fuentes académicas como Pubmed y Google scholar entre otras páginas.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo en la admisión hospitalaria son:

1. Recepción y registro de pacientes:

Una de las funciones primordiales del auxiliar administrativo de hospital es recibir a los pacientes en el área de admisión. Esto implica la verificación de la identidad del paciente, la revisión de la documentación requerida, y el registro de información vital en el sistema de información del hospital. Un registro preciso es esencial para garantizar un seguimiento efectivo y seguro del paciente a lo largo de su estancia en el hospital.

2. Gestión de expedientes médicos:

El auxiliar administrativo también es responsable de gestionar los expedientes médicos de los pacientes. Esto incluye la organización, archivo y acceso controlado a la información clínica, garantizando la confidencialidad y la disponibilidad de los registros médicos cuando sea necesario para el equipo de atención médica.

3. Coordinación de citas y programación de procedimientos:

En muchos casos, el auxiliar administrativo se encarga de programar las citas médicas y procedimientos para los pacientes. Esto requiere una coordinación eficiente con los departamentos médicos correspondientes, asegurando que los horarios se ajusten a las necesidades del paciente y a la disponibilidad de recursos hospitalarios.

4. Atención al paciente:

El auxiliar administrativo cumple un rol fundamental en la atención al paciente. Debe ser capaz de brindar información básica sobre los servicios hospitalarios, responder preguntas frecuentes y proporcionar un trato amable y comprensivo.

Una atención al paciente de calidad contribuye a una experiencia positiva y a la construcción de la confianza en el sistema de salud.

5. Facturación y seguros:

La gestión de la facturación y los seguros de salud también cae dentro del ámbito de responsabilidad del auxiliar administrativo. Esto incluye verificar la cobertura del seguro, coordinar los procesos de facturación y ayudar a los pacientes a comprender los costos y las opciones de pago disponibles.

6. Coordinación interdepartamental:

El auxiliar administrativo colabora estrechamente con otros departamentos hospitalarios, como el personal de enfermería, médicos y servicios de laboratorio, para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente. Esta coordinación es esencial para evitar retrasos y errores en el proceso de atención.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo de hospital desempeña una variedad de funciones cruciales en el proceso de admisión hospitalaria, desde la recepción de pacientes hasta la coordinación interdepartamental. Su papel es fundamental para garantizar una atención médica eficiente y una experiencia positiva para los pacientes. La gestión adecuada de la información, el trato al paciente y la coordinación con otros profesionales de la salud son aspectos esenciales de su trabajo. Un enfoque en la capacitación y el desarrollo continuo de estos profesionales es esencial para mejorar la calidad de la atención hospitalaria en su conjunto. Es importante valorar el trabajo de estos profesionales ya que mejoran la calidad de la atención integral de salud de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. La importancia del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [cited 2023 Sep 16]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>
2. Ocronos R. El auxiliar administrativo en el servicio de admisión y documentación clínica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [cited 2023 Sep 16]. Available from: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-admision-documentacion-clinica/>
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 [cited 2023 Sep 16]. Available from: <https://congresosicepa.com/function-administrativo-admision-documentacion-clinica/>
4. Funciones del auxiliar administrativo en el servicio de admisión [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” 2022 [cited 2023 Sep 16]. Available from: <https://congresosicepa.com/funciones-auxiliar-administrativo-servicio-admision/>

Capítulo 421

LAS DIVERSAS FUNCIONES A REALIZAR POR EL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE LA PIEL DEL PACIENTE PARA UNA CIRUGÍA

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

JOSE NAVARRO GODRID

1 Introducción

Las prácticas adecuadas de higiene de la piel pueden reducir el riesgo de infección por lesiones quirúrgicas asociadas con estos procedimientos invasivos, mejorando así la atención, la prevención y la calidad de la atención de los pacientes quirúrgicos. No solo son importantes para el campo quirúrgico y las áreas adyacentes, sino que también deben estar libres de residuos, limpios y libres de suciedad. Esto reduce significativamente la flora bacteriana y minimiza la posibilidad de infecciones y enfermedades contagiosas.

La preparación de la zona para tratamientos u operaciones que afecten a la piel se realiza siempre con el objetivo principal de prevenir y evitar la infección de la flora que normalmente coloniza la piel del paciente.

Este procedimiento consiste en eliminar la suciedad, la flora temporal y la grasa depositada o excretada sobre la piel y utilizar soluciones desinfectantes para combatir los microorganismos que allí viven y forman colonias bacterianas. Los microorganismos están adheridos a los folículos pilosos y no pueden eliminarse con el lavado diario normal.

Los estudios también han demostrado que hay una reducción significativa de las infecciones porque no aumenta la duración de la estancia preoperatoria en el centro. La irrigación siempre debe realizarse antes de la preparación quirúrgica de la piel.

2 Objetivos

- Mostrar las diferentes técnicas y pautas a seguir y los materiales con los que trabajar para preparar la piel de su paciente.
- Describir el proceso de afeitado como parte de la prevención de infecciones y preparación antes de la cirugía.

3 Metodología

Para la realización 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. Palabras claves: -cirugía-rasurado-celador-infecciones

4 Resultados

Explica las diferentes zonas y cómo se debe realizar el afeitado para prevenir posibles infecciones por malos hábitos, y que el proceso se realice de la forma más limpia, higiénica y con la máxima eficacia. Comprobaremos cada situación y te la explicaremos.

La zona del cuerpo del paciente que se afeita depende de la cirugía que se realiza.

- En cirugía abdominal, se afeita el área desde la línea del pecho hasta la línea de la mesa del muslo y se coloca al paciente en decúbito supino. Incluyendo la depilación púbica

- En cirugía torácica y torácica, el hombro se afeita desde la parte superior del brazo pasando por el codo hasta la línea de la mesa de operaciones, incluyendo la axila y la pared torácica, y hasta el esternón, incluido el esternón. el hombro del oponente. El paciente está en posición lateral.
- La cirugía toracoabdominal y lateral incluye el afeitado del tórax y abdomen desde el cuello hasta la cresta ilíaca, así como las axilas. Extensión de la línea media anteroposterior. La persona sometida a cirugía se acostará de lado.
- En cirugía rectoperineal y vaginal, el preparado cubre el pubis, labios, vulva, perineo y zona anal, además de las zonas adyacentes, la superficie interna y gran parte del tercio superior de ambas zonas, llegando también a los muslos. . La persona sometida a cirugía se encuentra en posición de litotomía.
- Para cirugía de cadera, además de la cirugía lateral, el área de preparación también incluye desde el abdomen hasta la zona de la rodilla, incluyendo la línea de la mesa de operaciones desde las nalgas, la ingle y el hueso púbico. La persona sometida a cirugía será colocada en posición de litotricia/ginecología.
- Para cirugía de zona distal de rodilla y pierna, el área o área de preparación incluye toda la circunferencia del miembro que se opera, desde el pie hasta la parte superior del muslo.

5 Discusión-Conclusión

Estas directrices y pautas requieren considerar el afeitado de la persona sometida a cirugía al momento de la consulta y se actualizan al menos anualmente con avances y cambios, estudios de investigación sobre higiene, conclusiones y opiniones. Por ejemplo, deben poder afeitarse en el quirófano o durante una cirugía de emergencia, y deben estar disponibles en todo momento para brindar asesoramiento, actualizaciones e investigaciones a los profesionales médicos que participan en el grupo de trabajo.

El objetivo de una correcta implementación de estas guías es prevenir las infecciones nosocomiales derivadas de la cirugía, lo cual es de gran importancia para quienes pasan por el quirófano, y por supuesto no prolongar innecesariamente la estancia hospitalaria. Esto se debe a que tiene un impacto significativo en la recuperación de la persona afectada y además requiere altos costos médicos.

6 Bibliografía

<https://www.adams.es/foros/viewtopic.php?f=153&t=10324>

Capítulo 422

ABORDAJE PREVENTIVO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

SANDRA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ

DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN

NATALIA EUGENIA GALINDO SEBASTIANI

1 Introducción

El personal trabajador del sector sanitario se encuentra habitualmente muy expuesto a las agresiones por parte de los usuarios, asumiendo un importante riesgo en la labor que ejercen. El panorama que se presenta en la sanidad, lejos de mejorar, continúa siendo bastante desolador, pues no se están logrando los objetivos de mejora en este aspecto, sino que continúa siendo un fenómeno emergente que, tras la pandemia, no ha tocado su techo más álgido, sino que en el 2022 ha seguido creciendo, motivado quizás por un empeoramiento general de la salud mental que ha generado los momentos vividos tras la Covid, con unas mayores tasas de depresión, ansiedad e incluso agresividad en las personas, unido sin duda, a las demoras en los centros de salud, provocando situaciones de mayor tensión.

La organización mundial de la salud entiende por violencia o agresión cualquier acto intencionado que busca provocar un daño, ya sea físico o psicológico, a otra persona. Puede ser de forma física o mediante coacciones e incluso mediante el uso de poder.

Si prestamos atención a las estadísticas del 2022 existen un total de 843 acciones violentas que fueron comunicadas a los colegios profesionales, una cifra que resulta muy impactante, pues solo recoge los datos que fueron comunicados, pero existe gran cantidad de agresiones que no son transmitidas a los órganos competentes. Si nos trasladamos al año 2021 y comparamos estos mismos datos, se puede observar el que número de acciones violentas comunicadas se situaba en 612, en torno a un 13% más de un año para otro.

La mayor parte de las agresiones se realizan en forma de insulto, representando en torno a un 47% del total. Seguido de estas se encuentran las amenazas, representando un 37 % y llegando a un 16% las agresiones que se realizan con violencia física y cuyo resultado tienen lesiones.

En términos generales, las agresiones han crecido en todos los ámbitos, pero si en el 2021 la atención primaria constituía el área donde las agresiones habían aumentado en mayor medida, en el 2022 los hospitales son los más afectados, constatando una subida de 5 puntos y situándose en el 27% de las agresiones.

2 Objetivos

- Analizar a través de los datos estadísticos la evolución de las agresiones, determinando que sectores o profesionales son los más afectados.
- Estudiar las causas que pueden originar este aumento en la tendencia de los datos.
- Establecer distintos mecanismos de abordaje con el fin de evitar que se den estas situaciones en los distintos 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 agresiones al personal del ámbito sanitario y su situación actual hacen que la preocupación sea real y lleva a buscar el posible origen de esta problemática, intentando también así encontrar las posibles soluciones.

Aunque no existe un motivo único, ni de un único origen, es cierto que en los últimos años los tiempos de demora junto con las esperas han motivado que, en cierta manera, los usuarios se desesperen y se vuelvan violentos. La falta de personal y plantillas estables que no tienen una duración a largo plazo hace que la atención se haya visto perjudicada, puesto que la organización se vuelve más complicada y no se puede dedicar el tiempo adecuado a cada paciente, aumentando los tiempos de espera y existiendo una falta de información que hace que aumente la preocupación y con ello la tensión entre los pacientes o los acompañantes. Si a todo esto le añadimos un exceso de burocracia, hace que el trato al paciente no sea el más adecuado y pueden surgir estas agresiones violentas.

Este tipo de situaciones provoca que sea absolutamente necesario llevar a cabo un plan de prevención que proteja a los profesionales, haciendo que estos mismos tengan un doble papel en los centros, identificando, por un lado, las situaciones conflictivas y, por otro lado, acompañando, apoyando y ofreciendo asesoramiento a los compañeros que han sufrido estas acciones violentas. Es necesario, por tanto, facilitar información a los trabajadores en esta materia, de manera que estén formados y sepan actuar, identificando a los posibles agresores y teniendo conocimientos acerca de la comunicación con estos, que debe ser siempre neutra, calmada y pausada, evitando movimientos bruscos y evitando siempre un contacto visual muy prolongado. Los profesionales deben estar siempre protegidos por dispositivos de vigilancia como cámaras o alarmas que puedan activar fácilmente. Resulta de gran ayuda, en casos de situaciones violentas, que exista personal de seguridad en los centros, ya que aportan mucha tranquilidad y se desenvuelven correctamente en situaciones de tensión.

No obstante, nada de esto resulta totalmente efectivo si finalmente no se denuncian la totalidad de las agresiones a las instituciones pertinentes, pues muchos de los insultos o agresiones físicas terminan en el olvido, lo que conlleva que a veces no se dé la suficiente importancia a este problema y las cifras de agresiones se pueden convertir en datos muchos más bajos de una realidad mucho más grande. Se debe concienciar, por tanto, de la importancia de las denuncias, protegiendo a las víctimas por parte de las instituciones y haciendo que no se sientan olvidadas.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones en los centros sanitarios se han convertido en un problema a nivel mundial, que atañe a profesionales del entorno sanitario en su gran amplitud, viéndose afectados no solo los médicos o enfermeras, sino que también afecta a todo el personal sociosanitario. Las estadísticas nos muestran que lejos de ser un problema que se va resolviendo con el paso de los años, no deja sino de aumentar. Además, estas estadísticas, no reflejan en su totalidad los datos reales, ya que muchas de estas agresiones se quedan sin denunciar, por lo que el problema puede ser aún más grave de lo que los datos demuestran.

Muchos profesionales del sector sanitario han llegado a normalizar ciertos comentarios o comportamientos, pues la violencia ejercida contra ellos es una realidad que se presenta cada día y la realidad es que solo un pequeño porcentaje de profesionales llega a denunciar, ya que a veces el proceso para realizar este tipo de denuncia no resulta sencillo y requiere protocolos que no resultan ágiles. Es por ello que es necesario dar una mayor visibilidad al problema de las agresiones, facilitando algo tan necesario como la denuncia, haciéndola ágil y distribuyendo toda la información necesaria para que los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios sepan cómo pueden actuar y los derechos que tienen en su trabajo de tal manera que no sientan esa frustración, hastío o desgaste a la hora de desempeñar su labor.

6 Bibliografía

1. Las agresiones a médicos baten un récord histórico en 2022, disponible en <https://elpais.com/sociedad/2023-03-09/las-agresiones-a-medicos-baten-un-record-historico-en-2022.html>.
2. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones, disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-vivencias-percepcion-profesionales-sanitarios-urgencias-S0212656720303310>.
3. ¿cuales son las causas de las agresiones a personal sanitario? Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-agresiones-sanitarios/causas-de-las-agresiones-a-personal-sanitario>.
4. La prevención de las agresiones a los profesionales sanitarios. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/Mesa3.1.NURIA_QUERALTO_Presentacion_10-03-2023_Ministerio_Agresiones.pdf.

Capítulo 423

CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

SANDRA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ

DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN

NATALIA EUGENIA GALINDO SEBASTIANI

MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Uno de los aspectos más importantes de la vida de las personas es el tiempo que pasa en el trabajo, porque va a influir en su calidad de vida y la forma de organizarse, dependiendo de cómo estén distribuidas, las horas en las que trabaja y el número, pudiendo afectar en el equilibrio de su vida personal y laboral. En ocasiones, parte de los profesionales, tienen distribuido el tiempo de trabajo en un modelo de trabajo a turnos, que va a tener repercusiones en el desarrollo de la propia persona, afectando al estado de ánimo e influyendo en las relaciones. De forma general, el tiempo de trabajo suele suponer una jornada de 8 horas con un descanso en las comidas, sin embargo, el trabajo a turnos, va a suponer una reorganización del tiempo del mismo. Por un lado, podría tener una organización de sistema discontinuo en el que suelen existir dos turnos, el de la mañana y el

de la tarde, por lo que por la noche y los fines de semana el trabajo estaría interrumpido. Por otro lado, la organización podría ser de sistema semicontinua en la que habría un turno de mañana, otro de tarde, otro de noche, con descansos los domingos, siendo este tipo de turno el más habitual en centros médicos o consultas externas. Por último, se encontraría el sistema continuo, en el que el trabajo está cubierto ininterrumpidamente las 24 horas del día los 7 días de la semana, siendo este tipo de turno el que tienen más profesionales del ámbito sanitarios, para dar total cobertura durante toda la semana en hospitales, ambulancias, urgencias... De la misma manera, la organización de los turnos puede ser fija (siempre el mismo turno) o rotativa (mañana, tarde o noche). El periodo de la noche es aquel que abarca entre las 22h y las 6h.

2 Objetivos

-Analizar como el trabajo a turnos afecta a calidad de los trabajadores del ámbito sanitario estudiando lo efectos que puede provocar en su salud, describiendo las patologías más comunes que suelen sufrir las personas que trabajan a turnos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Si bien el trabajo a turnos ha permitido cubrir las necesidades del sector sanitario, llevando a cabo una cobertura completa las 24 horas del día, esto ha acarreado consigo unas importantes consecuencias para los trabajadores. Ya en 1978, del total de trabajadores a turnos, en torno a un 20-30% abandonaban su trabajo en el segundo o tercer año, por las consecuencias negativas para su salud, aumentando hasta nuestros días, lo que nos permite tener una pequeña idea de la magnitud del problema que se presenta.

La principal consecuencia está relacionada con el sueño, ya que el descanso nocturno se va a ver alterado, sobre todo con los turnos de noche. Esto es debido

a una desorganización en ritmos circadianos, no pudiendo establecer una rutina de 24 horas, cambiando con los turnos y desarrollando la actividad en la noche cuando se tenía que estar durmiendo. Estas alteraciones originarán problemas en el sueño, haciendo que el descanso no sea efectivo ni para la mente ni para el cuerpo. Existen alrededor de 88 tipos de trastornos recogidos por la Organización Mundial de la Salud y agrupados en 4 categorías que son los problemas para conciliar el sueño, para permanecer despierto, para mantener horarios regulares en el sueño y problemas que tienen que ver con comportamientos inusuales que se producen durante el sueño.

De los trastornos más frecuentes en el sueño se encuentran el insomnio que, a largo plazo, afecta al bienestar general del trabajador, causado en muchas ocasiones por el estrés, los horarios irregulares o el desfase en estos e incluso la dieta. La apnea del sueño también en una consecuencia bastante común del trabajo a turnos, provocando trastornos en la respiración, dando lugar a ronquidos, somnolencia u obesidad, junto con el síndrome de piernas inquietas, que es una enfermedad que provoca sensación de hormigueo en las piernas y picor, teniendo la persona que la sufre una necesidad continua de mover las piernas, lo que hace que se generen problemas para dormir. El último trastorno más habitual del trabajo a turnos es la narcolepsia, consistente en ataques de sueño incontrolables, incluso durante el día, lo que puede ser verdaderamente peligroso.

El trabajo a turnos también va a tener unas consecuencias de tipo psicosocial para algunos trabajadores, ya que las condiciones adversas del trabajo no producen los mismos efectos en los trabajadores y esto puede acarrear problemas en la conducta, cognitivos y emocionales. El trabajo a turnos está asociado también a problemas de aislamiento social y dificultades en la vida familiar, por la incompatibilidad de horarios, al estar trabajando en momentos que generalmente se corresponden al ocio o al descanso y viceversa. La pérdida de amistades y la dificultad para disfrutar de este ocio acarrearán un cierto aislamiento social que hará que la insatisfacción en el trabajo sea cada vez mayor. Los cambios en la alimentación, no tener una rutina estable de comidas o saltarse algunas comidas repercutirán en problemas gastrointestinales y pérdida de apetito. Toda esta situación tendrá también unas consecuencias psicológicas importantes, provocando trastornos nerviosos, ansiedad e incluso depresión.

La actividad laboral también se verá mermada, puesto que está demostrado que el trabajo a turnos provoca un mayor número de errores y accidentes en el trabajo, debido a una menor capacidad de atención y control de la actividad que se está realizando. Los profesionales que trabajan a turnos también suelen tener un menor rendimiento y sus tasas de absentismo también son mayores que las de los

trabajadores que no trabajan en esta modalidad. De la misma manera, también se aprecia que los trabajadores a turnos tienen mayores tasas de bajas laborales debido a los problemas y enfermedades que sufren asociados a este tipo de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias del trabajo a turnos es uno de los principales problemas que atañen a los trabajadores del ámbito sanitario, pues la mayor parte de los profesionales de este sector trabajan en esta modalidad, por la necesidad de dar cobertura total en el tiempo al sistema sanitario. Es por este motivo por el que el sistema sanitario debe abordar el tema de forma eficaz, detectando los principales síntomas o trastornos, intentando identificarlos de la forma más temprana, con el fin de evitar que vayan a más y ya sea tarde para solventarlos. Los planes de prevención deben también recoger todas las medidas encaminadas a mitigar los efectos e intentar preservar la salud de sus trabajadores.

6 Bibliografía

1. Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5343579>.
2. Impacto del trabajo a turnos en el personal sanitario catalán disponible en <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147194/4/acl15TFM0122memoria.pdf>.
3. Máster universitario en prevención de riesgos laborales disponible en http://dspace.umh.es/bitstream/11000/27401/4/SERRANO_ANTON_ANATERESA_TFM.pdf.
4. El trabajo a turnos en el ámbito sanitario disponible en <https://revistamedica.com/definicion-caracteristicas-trabajo-turnos-sanitarios/>.

Capítulo 424

EL PAPEL DE LOS CELADORES EN LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

JOSÉ GARCÍA CANO

MIHAELA PINTEA

DANIEL DÍAZ PINTEA

ANA MARIA SOTO DELGADO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

1 Introducción

Los distintos centros sanitarios también albergan una amplia gama de actividades que muchas instalaciones que pueden iniciar o provocar diversos incendios o explosiones que pueden dañar todo el complejo hospitalario o áreas específicas de forma aislada.

Las emergencias pueden variar mucho:

- Una catástrofe externa como un accidente de tren o un accidente de autobús que provocaría una gran afluencia de pacientes con diversas enfermedades, necesitando una mayor presencia de personal tanto médico como no médico para recibir a los enfermos, vestirlos, evacuarlos, transportarlos y trasladarlos a las distintas salas del hospital.
- Un accidente que se produciría como consecuencia de una amenaza de bomba o alarma de incendio que se originaría en el mismo complejo hospitalario. En

esta situación, los traslados se realizarían desde el interior del hospital hacia el exterior, intentando evacuar al menor número de personas posible.

Con la asistencia del personal médico y no médico, incluido el celador que les acompañaría en su traslado por las distintas salas del hospital hasta las salidas del hospital, la mayoría de los pacientes recibieron en todo momento la mejor atención.

Es crucial tener acceso a todos los recursos posibles, incluidos los técnicos y humanos (tutores, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administradores, etc. Al responder a una emergencia, desempeñan un papel crucial. Así como la suma y la eficacia de su intervención.

2 Objetivos

- Informar sobre la función de los celadores en caso de una emergencia médica.

3 Metodología

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

4 Resultados

En un ambiente hospitalario, los celadores se dividen en miembros del equipo de segunda intervención y el resto de celadores como parte del mecanismo en caso de una emergencia médica.

Los celadores que conforman el segundo grupo de intervención son:

- Se pondrán en contacto con la centralita que tenga mayor conocimiento sobre lo que está sucediendo y el tipo de emergencia al que se enfrentan para recabar la mayor información específica posible sobre la emergencia.
- proporcionar las herramientas necesarias.
- Acudir lo antes posible al lugar de la emergencia y, si hay incendio, apágalo.

Los celadores restantes son:

- Actuando en todo momento a las órdenes del Jefe de Turno o Jefe de Gabinete Subalterno, según corresponda, quien a su vez seguirá instrucciones específicas

del Jefe de Intervención respecto del uso de los ascensores, así como las vías de comunicación, la disponibilidad de personal , y cómo distribuirlos.

- Paralizando los ascensores de la planta baja, los montacargas y los ascensores de la cocina.
- Colocar un celador en la entrada de cada ascensor para garantizar que nadie los utilice a menos que la autoridad correspondiente haya dado el visto bueno.
- Durante el mayor tiempo posible, los equipos de intervención utilizarían únicamente el montacargas de cocina.
- En caso de emergencia, designe dos celadores para ayudar a todos los pacientes que suben escaleras, con las correspondientes derivaciones a urgencias.
- Otros guardias de emergencia distribuirían varios tipos de ayuda médica de acuerdo con las dolencias de cada persona en los distintos departamentos de emergencia.
- Ayudarán a retirar a todos los que utilicen los elevadores de camas y a colocarlos en un lugar seguro.
- Cerrar con llave todas las ventanas, puertas, etc. de los distintos almacenes y servicios.

5 Discusión-Conclusión

Por su trabajo el celador es uno de los que mejor conoce el hospital y por sus responsabilidades es quien más se mueve por el hospital, juega un papel crucial en cualquier situación de emergencia intrahospitalaria. Trasladan a los pacientes entre varios departamentos o servicios del hospital, buscan suministros en los almacenes, mueven pertenencias, se comunican con todos los departamentos del complejo hospitalario y reciben capacitación adecuada en caso de una emergencia por parte del personal superior que trabaja en conjunto con la gerencia del hospital y dirección, además de los diferentes personal médico y no médico en un hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 425

EL CELADOR DE PUERTA. CONTROL DE ACCESO DE FAMILIARES Y PROTOCOLOS ACTUALES

JOSÉ GARCÍA CANO

MIHAELA PINTEA

DANIEL DÍAZ PINTEA

ANA MARIA SOTO DELGADO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

1 Introducción

Los celadores están destinados a hacer su trabajo a medida que se desarrollen sus funciones en muchos lugares de los centros de atención médica, incluidos quirófanos, pisos de hospitales, salas de emergencia, farmacias y almacenes, entre otros. , pero también hay una ubicación que, a raíz de la actual pandemia de COVID-19 y la consiguiente crisis sanitaria, les ha dado mucha visibilidad y responsabilidad y forma parte de las funciones del celador.

Se desempeña como celador de la puerta y, dada la naturaleza delicada del trabajo, debe tener extrema paciencia en todos los aspectos de su trabajo.

Para frenar la propagación del virus COVID-19, será el encargado de gestionar la seguridad de acceso e implementar nuevos protocolos de ingreso en los centros de salud.

El celador de la puerta cumple diferentes propósitos y ahora es una figura reconocida.

El celador deberá estar plenamente informado de los protocolos vigentes que regulan el acceso de todos los visitantes a los centros de salud, sean o no del exterior, sean empleados, pacientes o usuarios, antes de ejercer sus funciones. Solo se permitirá la visita de los pacientes en las plantas de hospitalización al personal que haya recibido la debida autorización de la dirección del centro.

2 Objetivos

-Examinar el papel que desempeñan los celadores de puertas en el control de acceso de familiares y sus funciones en el puesto de control.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 siguientes son algunas de las funciones clave del celador en el control de acceso.

- Gestionar la introducción de elementos destinados a los pacientes hospitalizados (comida, bebida, ropa, útiles de limpieza, etc., los cuales están permitidos por los protocolos de seguridad que especifican las leyes que aplican en cada caso.
- No permitir el ingreso a personas que no estén autorizadas, no estén debidamente identificadas o no cumplan con las normas establecidas en el reglamento. Que los directores generales de los centros de salud están a cargo.
- Poner en práctica, sin falta y con eficacia, las directivas que les impartan sus superiores, a fin de no poner en riesgo el funcionamiento u ocupación del centro de salud, según el estado del paciente, estado de la pandemia y niveles de contagio, que pueden justificar protocolos más o menos estrictos.
- Proporcionar información sobre el estado de las consultas, incluyendo su estado de apertura o cierre, horarios de visita y requisitos protocolarios.

- Guiar al usuario por los centros de Salud, explicándole cómo utilizar los equipos y los circuitos por los que debe transitar.
- También estarás a cargo de otras misiones que te encomienden tus superiores, como el traslado de posesiones a las plantas debido a la restricción de las mismas, debido a la actual situación de pandemia mundial y la crisis sanitaria que ha provocado.
- Todos los visitantes de los centros de salud, incluidos pacientes y empleados, se les tomará la temperatura en las entradas y se observará el cumplimiento de las normas, el uso adecuado y obligatorio de mascarillas, practicar la higiene de manos y mantener la distancia de seguridad, entre otros.
- En ningún caso facilitar a ninguna paciente información sobre su estado de salud actual o la causa de su enfermedad. Por otro lado, a todo aquel que lo solicite se le indicará cómo conseguir la información y se le indicará dónde encontrarla, como en los mostradores de información o en las mesas de atención al usuario, según lo que necesite.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas laborales del celador ahora incluyen actuar como guardia de puerta, lo cual es una tarea muy difícil de completar.

La pandemia provocada por el COVID-19 ha creado niveles de crisis sanitaria sin precedentes.

El principal resultado es la implementación de nuevos protocolos de seguridad en el acceso a hospitales y centros de salud con el fin de frenar la propagación de contagios.

La persona encargada de hacer posible el correcto cumplimiento de las normas y protocolos se encuentra en la actualidad y dentro de las desafiantes circunstancias que nos rodean.

El celador de la puerta, que anteriormente ocupaba una posición casi invisible dentro de los entornos médicos, proporciona seguridad en el acceso a los centros de salud.

Además de informar a los usuarios en función de sus necesidades, será el encargado de reducir los riesgos.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 426

PROTOCOLO Y ACTUACIONES DEL CELADOR EN PLANTA

JOSÉ GARCÍA CANO

MIHAELA PINTEA

DANIEL DÍAZ PINTEA

ANA MARIA SOTO DELGADO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

1 Introducción

El término "planta" se refiere a las unidades de admisión, que están distribuidas en varias plantas o pisos y es donde se encuentran las habitaciones de los pacientes. Además de diagnosticar y tratar a todos los pacientes tanto los agudos como los crónicos, su finalidad de estas unidades es atender a los enfermos para favorecer su bienestar.

Los pacientes que ingresan en esta unidad no reciben atención médica continua. Cada vez que se necesita un profesional de la salud, tienen un timbre que pueden tocar. La atención e intervención en caso de emergencia es inmediata.

El trabajo que realizan a diario los expertos en este campo es lo que hace que la estancia de los pacientes en el hospital sea tan importante y crucial para su recuperación.

El celador es uno de estos expertos, sin el cual el funcionamiento de estas plantas no sería tan eficiente como se requiere para el tratamiento adecuado del paciente.

El trabajo regular del cuidador ayuda a los demás miembros del equipo a reorientarse y agilizar sus agendas ya ocupadas, así como a recibir ayuda con la limpieza y el traslado de algunos pacientes.

2 Objetivos

Conocer el protocolo y las actuaciones del celador en planta.

3 Metodología

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

4 Resultados

La planta es uno de los servicios en los que el cuidador puede trabajar, y es aquí donde es más crucial que el cuidador sea una persona amable y paciente con un fuerte sentido de humanidad y de trabajo en equipo.

Las funciones del celador en planta son:

- Atiende a los enfermos que llegan a la planta.
- Conduce al paciente a la habitación designada y lo ayuda a conectarlo con el personal.
- Entregar al enfermo en una cama al establecimiento que el médico haya designado.
- Ayudar a lavar a los pacientes varones mientras intenta lavarlos de forma suave y amigable.
- Afeita a los pacientes en aquellas zonas donde el médico haya designado para una intervención u otro tipo de asistencia en caso de ausencia del peluquero.
- Ayuda a la enfermera cuando por circunstancias singulares no puede hacerlo sola colocando y quitando “cuñas”.
- Cumple las instrucciones de distribución dadas por el médico o enfermera.
- Al trasladar materiales y equipos, debe tener cuidado de no dañarlos.
- Retirar el material autorizado de las instalaciones de almacenamiento.
- Cuida y vigila los bienes y posesiones de la institución.

- Controla cómo entran y salen los visitantes y familiares de los pacientes.
- Si es necesario, explica a los usuarios el uso adecuado del ascensor.
- Invita a todos los visitantes a abandonar la institución si no se comportan de forma apropiada durante su visita.
- Entrega informes verbales o escritos de acuerdo con los servicios solicitados, esforzándose en hacerlo con rapidez y diligencia.
- Mueve la botella de oxígeno a la cabecera del paciente, abriendo la botella y ajustando el manómetro bajo la supervisión de la enfermera cuando no hay una instalación centralizada.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores llevarán a cabo cada una de estas tareas mientras estén de servicio en la planta. Los celadores se ajustarán a las normas y estarán sujetos a los horarios que deberán seguir para la realización de todas estas tareas de esta unidad que se les ha dado. Los celadores siempre deben estar en la unidad adecuada y esto es crucial.

Se debe mejorar la estancia del paciente mientras las diversas circunstancias que motivaron su ingreso sigan presentes, trabajando todo el equipo de planta trabajando en conjunto y comunicándose de manera efectiva.

Los superiores de los celadores podrán delegar algunas reglas adicionales además de las enumeradas anteriormente, incluso si esas reglas adicionales no se mencionan explícitamente en los puntos tratados anteriormente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 427

LOS DIFERENTES MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS POR EL CELADOR EN LOS TRASLADOS DE LOS PACIENTES

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

1 Introducción

En el centro hospitalario se puede observar diariamente y en todo momento, un trasiego de ir y venir de pacientes, de un lugar a otro, y siempre acompañados de la figura del celador. El celador es el encargado, entra dentro de sus funciones, según el estatuto del setenta y uno, del traslado de los pacientes dentro de la institución hospitalaria.

Estos movimientos de trasladar al paciente, siempre, se debe a una causa demandada por el personal sanitario que atiende al paciente, el celador, recibe la información y obedece la orden dada por el personal superior, en estos casos, puede ser la enfermera, el auxiliar de enfermería, el médico o especialista, o incluso por el personal administrativo.

El celador cuenta con diversos medios de locomoción, que utilizará según las características del paciente, es decir, su estado de salud, las circunstancias donde se encuentre el paciente, o la preferencia del personal sanitario, que en todo caso, siempre atenderá a la mejor elección para el paciente, para su seguridad y comodidad en dichos traslados.

Entre los medios de locomoción o de transporte usados por el celador, se encuentran, sillas de ruedas, camillas de urgencias, camillas de consultas, camas de hospitalización, camas de observación, e incluso, el propio paciente que pueda realizar el traslado a pie.

2 Objetivos

- Dar a conocer los diferentes medios de transporte que el celador puede utilizar en el traslado del paciente.
- Describir las técnicas y protocolos de actuación que el celador debe ejecutar en los traslados según el medio de transporte elegido.

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

Entre los diversos medios de transporte para la elección de trasladar al paciente, el celador puede encontrarse con los siguientes:

- Traslado en silla de ruedas. La silla de ruedas consta de unos mecanismos que el celador debe conocer y saber manejar, casi en todos los casos de traslado. Tienen unos reposabrazos que son abatibles y se pueden levantar, para el caso del traspaso del paciente de la silla a una mesa para la realización de alguna prueba diagnóstica o para pasarle a su propia cama. Consta además de dos reposapiés, también abatibles, para el lateral, para facilitar el acceso del paciente a la misma, y de dos frenos que accionados, inmovilizan las ruedas de la silla y por tanto, su

movilidad, muy importante para el acceso del paciente a sentarse y para levantarse de la misma.

La silla de ruedas está indicada para el traslado de pacientes que se encuentran conscientes y estables, sin presentar lesiones de ningún tipo y que no porten ningún accesorio como sueros o botellas de oxígeno, aunque actualmente, ya existen las sillas de ruedas con palo porta suero y canastilla accesorio para el oxígeno.

-Traslado en cama o camilla. En el contexto hospitalario hay una gran diversidad de modelos de camas y camillas, entre ellas, las camas de hospitalización, las camas de observación, las camas de las unidades especiales, como UCI o REA, todas ellas con unas características de maniobrabilidad y componentes únicos. Cuando el paciente no se encuentra estable o su estado es crítico, los traslados, el celador, debe realizarlos en cama. También se realizan en cama dichos traslados cuando el paciente porta una gran cantidad de aparatos o accesorios, como sueros, drenajes, bombas de perfusión, etc., es conveniente el uso de la cama para evitar desconexiones y para mayor seguridad del paciente.

Los traslados en camilla suelen ser utilizados para pacientes que no están estables en sus constantes, tienen mareos o se sospecha de alguna rotura muscular u ósea. En estos traslados, existen muchos tipos de camillas, dependiendo del servicio desde donde se realiza el traslado, las camillas de urgencias, las camillas de consultas, etc.

-Traslados a pie. Son menos frecuentes los traslados en los que el paciente puede ir caminando hacia su destino, que puede ser, un ingreso programado, una prueba diagnóstica, una consulta, etc..., pero existen, y siempre deben ir acompañados por el celador.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos y variadas las opciones que el celador tiene para ejecutar los traslados de los pacientes hacia las diferentes pruebas diagnósticas, ingresos o consultas, pero siempre debe escoger preguntando al personal sanitario si es óptimo el medio elegido para el paciente, evitando que los síntomas o enfermedad del paciente se vean agravados por el uso incorrecto del medio elegido.

En los traslados, el celador, siempre observará, que el medio elegido, esté en perfectas condiciones de uso, y que el paciente, vaya cómodamente en el mismo, así como que todos los accesorios, sueros, vías, bolsas de diuresis, etc..., vayan perfectamente colocados y seguros.

6 Bibliografía

1. El celador y el traslado de pacientes con silla de ruedas. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Traslados en sillas de ruedas, camas y camillas. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>
3. Traslados y movilización de pacientes. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com>

Capítulo 428

EL CELADOR CON FUNCIONES ADMINISTRATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

1 Introducción

Aunque el estatuto de personal no sanitario del 1971, recoge las funciones del celador, como personal de gestión y servicios, no contemplando funciones que pudieran realizar los auxiliares administrativos, lo cierto es, que en los centros de salud, así como en los consultorios locales y los rurales, de atención primaria, el celador asume, funciones asimilables y con carácter administrativas.

Estas funciones alejadas de las funciones que un celador desarrolla en atención especializada, es decir, en el centro hospitalario, se contemplan dentro de la modalidad de la contratación del profesional, donde aparece, en la modalidad, del contrato de trabajo, "...con funciones administrativas".

El uso del ordenador para la activación de actuaciones fuera de lugar, pero precisas, el archivo de las historias clínicas de los pacientes, así como, llevar actualizadas ciertos listados de entrega de medicación o de aparatos sanitarios a los

pacientes, permite, al celador, ampliar las características y diversidad de sus funciones en atención primaria.

Esta irregularidad funcional es aceptada por la administración sanitaria, que descarga trabajo a la figura del auxiliar administrativo que está destinado en los centros de salud o en los consultorios locales. Esta descarga de trabajo se traduce, además de lo mencionado anteriormente, en la recepción de llamadas telefónicas o en la petición de una cita o consulta médica.

2 Objetivos

Describir cuáles son las funciones administrativas que el celador realiza en atención primaria.

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

Son diversas y destinos en los que el celador de atención primaria realiza funciones asimilables a las realizadas por los auxiliares administrativos. En el centro de salud de atención primaria, el celador destinado aquí, es el encargado del archivo de las historias clínicas de los pacientes del centro, archivando y guardando diariamente, las historias usadas por el médico de cabecera o de familia. Las historias son archivadas y colocadas por orden alfabético y por médico asignado al paciente, para su pronta localización y ubicación.

En las urgencias del centro de salud, tanto en su modalidad de punto de atención continuada o del servicio de urgencias, el celador de puerta o de mostrador, es el encargado de manejar el ordenador, y su programa informático respectivo, para dar la entrada a los pacientes. Dar entrada significa que pide la tarjeta sanitaria al paciente para incluirlo informáticamente en la consulta médica de urgencia y de enfermería. En aquellos pacientes que no tienen historia en el centro de salud, es

decir, que es la primera vez que acuden a solicitar una consulta, el celador, le abre una ficha de paciente nuevo, rellenando el formulario informáticamente, con los datos suministrados por el usuario.

El celador cuyo destino está en un consultorio local o de zona, atiende a un número de población menor que el centro de salud, pero sus funciones, son exclusivamente administrativas. Recoge las llamadas del teléfono en las demandas de citas programadas, atiende al usuario en persona en el mostrador que solicita cita con su médico de cabecera o trae el informe del mismo para solicitar la cita del especialista.

En estas demandas de los usuarios, el celador debe saber manejar el ordenador, así como estar familiarizado con los programas informáticos para citas médicas, tanto en atención primaria como para la atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

En la realización de este capítulo hay que recapacitar en la presencia del celador en el centro de salud y en el consultorio local de zona, es posible, que si no asumiera las funciones administrativas, podría desaparecer la figura del mismo en esos centros sanitarios. Es una cuestión que posiblemente llegue a una respuesta positiva, y ésta presencia del celador en esos centros obliga al mismo a la realización de dichas tareas administrativas.

Actualmente, la administración sanitaria, está amortizando esas plazas, es decir, cuando desaparece la presencia del celador en esos puestos, por jubilación, los puestos dejados, ya, se están ofreciendo a los auxiliares administrativos.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en las funciones administrativas. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://essaeformacion.com>
3. Funciones del celador en las instituciones sanitarias. Disponible en: <https://sinfsa.com>

Capítulo 429

INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS DE OFTALMOLOGÍA

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

1 Introducción

En el centro hospitalario se destina un servicio para la realización de pequeñas intervenciones quirúrgicas en un quirófano donde se lleva a cabo inyecciones intravítrea a los pacientes que presentan anomalías en la visión.

En este sentido, los pacientes que presentan pérdida de agudeza visual, o en su defecto, se intenta conseguir la pérdida total del ojo, son derivados a las inyecciones de los ojos, siempre predispuesto y diagnosticado por el médico de consulta de oftalmología.

De este modo, el equipo sanitario en el quirófano de ojos, también denominado avastines, se compone del médico oftalmólogo, un enfermero, un auxiliar de enfermería, un auxiliar administrativo y la figura del celador, decisiva para la realización de tareas, tanto dentro del quirófano como fuera.

Así, cuando un paciente viene a los avastines, debe pasar un proceso y un protocolo que es llevado en conjunto por todo el personal sanitario y el celador, cuyo papel es determinante para la realización de tareas.

Por tanto, durante el desarrollo de este trabajo, se van a conocer y desarrollar las tareas, actuaciones y el protocolo de actuación que se lleva a cabo con los pacientes en los avastines, teniendo además en cuenta, todas las tareas que son realizadas por el celador.

2 Objetivos

-Dar a conocer todas las tareas que cumplen los celadores en el quirófano de ojos.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

Los pacientes que acuden al quirófano de ojos tienen citas programadas con una fecha concreta, es decir, cada día, el equipo sanitario y el celador conocen el número de pacientes que van a acudir al día siguiente.

Esto permite conocer el número exacto de medicaciones que se deben traer para las inyecciones en los ojos. En este sentido, el celador, al comienzo de la jornada laboral, debe acudir al servicio de farmacia y pedir la medicina de quirófano de ojos, especificando y comprobando junto con el celador de farmacia, el número exacto de medicaciones que han de ser llevadas al quirófano de ojos. Si alguna medicación sobra al final de la jornada, por la ausencia de algún paciente, el celador debe bajar dicha medicación al final del día.

En el quirófano de ojos, durante las intervenciones con los pacientes, se utiliza diferente instrumental sanitario. De este modo, dicho material debe ser llevado a esterilizar para poder ser puesto en práctica de manera sucesiva con otros pacientes. Por ello, el celador es el protagonista, es decir, es él quien se encarga de

llevar y recoger el material a esterilización.

El celador de avastines también se encarga de preparar los pequeños uniformes que son puestos sobre los pacientes antes de pasar al quirófano, es decir, a cada paciente se le pone un gorro, unas calzas y una bata desechable, que se encuentra preparado previamente por el celador para poder ser puesto de manera eficaz y rápida.

El protocolo que el celador lleva a cabo con el paciente en los avatines es el siguiente.

En primer lugar, el celador dispone de un listado con el nombre de los pacientes que vienen durante el día a las inyecciones. De este modo, cuando es la hora aproximada de cada paciente, el celador sale a la sala de espera, los llama en voz alta y los instala dentro en la antesala de quirófano.

A continuación, el celador desinfecta las manos de los pacientes, les pone la bata, gorro y calzas.

Cuando es el turno del paciente, el celador los instala en la cama del quirófano y les pone, a modo de protocolo sanitario, el tensiómetro y el pulsímetro.

Finalmente, cuando el paciente termina, el celador hace entrega de la medicación y/o gotas al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se destaca la enorme importancia que presenta el celador en el quirófano de ojos, puesto que el desarrollo de sus tareas y funciones hacen que la práctica y el trabajo diario dentro de los avastines se desarrolle con normalidad. En este sentido, si no estuviese el celador, quien se encarga de recoger la medicación que es inyectada en los pacientes, sería imposible el trabajo interno.

De este modo, se afirma que gracias a la participación del celador se consigue ofrecer una sanidad de calidad adaptada a cada paciente, siendo un pilar de apoyo fundamental con el resto de personal sanitario, así como con el equipo médico de oftalmología.

6 Bibliografía

1. Las funciones del celador dentro del quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador en la intervención y atención de pacientes en la antesala y sala de quirófano. Disponible en: <https://formacurae.es>

Capítulo 430

TRASLADOS DE LOS PACIENTES DENTRO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. EL TRASLADO DEL PACIENTE COMO FUNCIÓN EXCLUSIVA DEL CELADOR

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

AITOR GÓMEZ SAIZ

1 Introducción

Tal y como se encuentra recogida en la orden del 5 de julio de 1971, será función exclusiva del celador el traslado de los pacientes dentro y fuera de la institución sanitaria. Esta orden establece las funciones que deben ser realizadas por la categoría profesional del personal subalterno, es decir, por parte de los celadores. Dicha orden establece en su artículo 14.2.12, que el personal subalterno “Tendrá a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias”. Aunque en la actualidad, el traslado desde el servicio de ambulancias es realizado por los técnicos en emergencias sanitarias.

Se entiende como el traslado de un paciente a la actuación llevada a cabo por el celador para desplazar a un paciente desde una unidad a otra unidad dentro de la institución sanitaria. Estos desplazamientos estarán justificados para la realización de pruebas exploratorias o diagnósticas, intervenciones o ingresos en la planta de hospitalización determinada por el equipo médico del servicio de urgencias.

A lo largo de la explicación de este tema desarrollado en el siguiente capítulo científico, el lector podrá conocer los tipos de traslados realizados por los celadores, clasificándose según la gravedad del paciente, y según la finalidad de cada traslado, así como los medios utilizados para realizar dichos traslados.

2 Objetivos

- Conocer los traslados realizados dentro de la institución sanitaria con aquellos pacientes de mayor y menor gravedad.
- Enumerar los medios de transporte utilizados para trasladar a los pacientes dentro 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

Tipos de traslados llevados a cabo por el celador dentro de la institución sanitaria. Los traslados se pueden clasificar o bien por la gravedad del paciente o bien por la finalidad de dicho traslado.

- Traslados realizados teniendo en cuenta la gravedad del paciente. o Traslados realizados a aquellos pacientes con graves problemas de salud que se encuentra en un estado crítico.

Generalmente, estos pacientes se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos, y realizarán únicamente 3 tipos de traslados:

☒ El traslado realizado cuando el paciente es ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

☒ El traslado realizado cuando el paciente requiere de la realización de un TAC (tomografía axial computarizada).

☒ El traslado realizado cuando el paciente está dado de alta en la unidad de cuidados intensivos o bien porque es derivado a otra institución sanitaria o bien porque es dado de alta e ingresado en una planta de hospitalización acorde a su patología clínica. o Traslados realizados a aquellos pacientes con menor gravedad.

Estos pacientes se encuentran o bien ingresados en las plantas de hospitalización, o bien en el servicio de urgencias.

- Traslado realizado según la finalidad de su ejecución.

Todo traslado tiene una finalidad para el diagnóstico, tratamiento y curación del paciente que se encuentra o bien ingresado en las plantas de hospitalización de un centro hospitalario o bien ingresado en el servicio de urgencias de una institución sanitaria. Dicha finalidad puede ser: o La realización de una prueba exploratoria. o La realización de una prueba diagnóstica. o La realización de una intervención. o El ingreso en una planta de hospitalización. o El traslado desde una planta de hospitalización a otra planta de hospitalización.

Medios utilizados para trasladar a un paciente dentro de la institución sanitaria. Los medios utilizados para trasladar un paciente dentro de una institución sanitaria son variados y, la utilización de un medio u otro estará determinado por la gravedad del paciente, su patología clínica, así como las condiciones físicas que presente dicho paciente.

- Traslado realizado por el propio pie del paciente.
- Traslado realizado en silla de ruedas.
- Traslado realizado en camilla del servicio de urgencias.
- Traslado realizado en cama hospitalaria de la institución sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Traslados de los pacientes dentro de las instituciones sanitarias. El traslado del paciente como función exclusiva del celador” nos demuestra la actuación diaria llevada a cabo por los celadores durante el desarrollo de su jornada laboral.

Como se ha podido comprobar, la función de trasladar a los pacientes se encuentra recogida en la orden del 5 de julio de 1971, por lo que el celador tendrá la exclusividad de trasladar a los pacientes dentro de la institución sanitaria, es por

ello por lo que será necesario que este tenga un pleno conocimiento tanto de los tipos de traslados realizados con los pacientes de mayor y menor gravedad, así como de los medios utilizados para ejecutar dichos traslados.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 431

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA DEAMBULACIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN A PACIENTES PARAPLÉJICOS

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

AITOR GÓMEZ SAIZ

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Al servicio de rehabilitación de un centro hospitalario o de un centro sanitario de atención primaria acuden aquellos pacientes con dificultad para moverse debido a una larga enfermedad y por lo tanto a la inmovilización durante esta y, por otro lado, debido a una grave lesión.

Por otro lado, en los centros sanitarios de atención a pacientes parapléjicos son atendidos aquellos pacientes que sufren una lesión medular debido a un accidente de trabajo, accidente de tráfico o a una enfermedad.

En los centros convencionales donde se lleva a cabo la rehabilitación del paciente, este acude a través de dos modalidades:

- La modalidad ambulante, el paciente acude desde su domicilio.
- La modalidad hospitalaria, el paciente acude desde una planta de hospitalización del centro sanitario.

En los centros sanitarios de atención a pacientes parapléjicos se lleva a cabo la actuación de rehabilitación a pacientes que se encuentran ingresados en el centro. Al ser lesiones de gran gravedad, estos pacientes se encuentran hospitalizados durante largas temporadas en estos centros especializados.

En el territorio español se encuentran un único centro de atención a pacientes parapléjicos, por lo que será centro de referencia a nivel nacional.

El equipo humano profesional que desarrolla su actuación laboral con este tipo de pacientes está formado por:

- Médicos rehabilitadores.
- Fisioterapeutas.
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Celadores.

2 Objetivos

- Detallar la actuación realizada por los celadores durante la deambulación de los pacientes en el servicio de rehabilitación y en los centros sanitarios de atención a pacientes parapléjicos.
- Conocer los medios auxiliares utilizados durante la deambulación 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

Durante la recuperación de la movilidad del paciente, es frecuente la utilización de diferentes medios auxiliares que favorecen una deambulación del paciente más autónoma. La utilización de un medio u otro estará determinado por los siguientes factores:

- Gravedad de la afección en la movilidad del paciente.
- Condiciones físicas del paciente.
- Recuperación y evolución del paciente en su propia autonomía.

Medios auxiliares utilizados durante la deambulación del paciente.

- Bastones. Este medio auxiliar proporciona mayor apoyo y por lo tanto seguridad al paciente durante la deambulación. A su vez, reduce el esfuerzo que debe efectuar el paciente durante los desplazamientos.

La utilización de bastones está recomendada en aquellos pacientes que muestran dificultad de movimiento en uno de los miembros inferiores, o que muestran pérdidas de equilibrio.

Todo bastón debe encontrarse regulado a la altura del paciente y debe contener un tapón de goma para que no se resbale el bastón al ser apoyado en el suelo.

- Muletas de madera o aluminio, utilizadas habitualmente.
- Muletas para antebrazo. Conocidas como muletas de lofstrand, son aquellas muletas que porta un círculo que se adapta al antebrazo del paciente, y ayuda al paciente que presenta poca fuerza en los miembros inferiores del cuerpo.
- Muletas de plataforma. Utilizados por pacientes con debilidad en las muñecas.

La utilización de las muletas está recomendada en aquellos pacientes que muestran dificultad de movimiento en los miembros inferiores, y sobre los cuales se debe descargar el peso de manera igualitaria.

Actuación realizada por los celadores durante la deambulación de los pacientes.

La actuación del celador consistirá en el acompañamiento del paciente durante su deambulación. Este acompañamiento puede realizarse de manera individual, cuando el paciente muestra breves problemas de movilización y autonomía en la realización de sus movimientos y, de manera colectiva junto al fisioterapeuta y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando el paciente muestra graves problemas de movilización y escasa autonomía de movimientos.

5 Discusión-Conclusión

La deambulaci3n del paciente es una actuaci3n diaria en los servicios de rehabilitaci3n tanto en los centros sanitarios convencionales como en aquellos centros especializados en pacientes parapléjicos, por lo que la actuaci3n del celador será imprescindible para que estos pacientes puedan deambular de manera segura. Del mismo modo, la actuaci3n del celador deberá dar seguridad al paciente para que este no tenga miedo durante la deambulaci3n y pueda realizar los ejercicios pautados por los fisioterapeutas.

6 Bibliografí

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. Espaía. MAD. Edici3n 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. Espaía. MAD. Edici3n2021.
3. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. Espaía. MAD. Edici3n2021.

Capítulo 432

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

MÓNICA MARTÍNEZ SOLA

1 Introducción

El trabajo en equipo es fundamental en los cuidados paliativos, en los cuales la figura del celador es el responsable de brindar un cuidado cómodo y satisfactorio a los pacientes, tratando no solo a los ancianos si no también a aquellos pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas y terminales.

De esta forma en la planta de cuidados paliativos los cuidados no solo van dirigidos al paciente sino también a los familiares y acompañantes ofreciéndoles un mayor grado de comodidad durante la enfermedad.

Son muy frecuentes los traslados de enfermos terminales para la realización de pruebas diagnosticas y tratamientos con numerosas pruebas complementarias, para la realización de estas pruebas es necesario la movilización del paciente.

La atención sanitaria hacia estos pacientes no tendrá una finalidad curativa sino que está enfocada al cuidado físico y psicológico. También es muy importante atender a los familiares de este tipo de pacientes que son en la mayoría de los casos los que cuidan a este tipo de enfermos y también sufren su enfermedad.

El celador formando parte del equipo multidisciplinar que cuida a este tipo de enfermos extremara la atención en cuidar no solo el aspecto físico sino también el trato psicológico a este tipo de pacientes, que en este momento de su enfermedad necesitan un apoyo continuado que les mejore en la medida de lo posible su estado físico y psicológico.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto la importancia que tiene el celador con este tipo de pacientes ya que es muy importante comunicarse con ellos de una manera asertiva y con medios verbales y no verbales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las diferentes publicaciones, estudios, blogs, protocolos de actuación, publicados sobre este tipo de pacientes y se realiza una búsqueda sistemática a través de los distintos servidores de internet sobre todo lo relacionado con las siguientes palabras clave: paciente terminal, últimos cuidados....

4 Resultados

Dentro de las funciones que realiza el celador con este tipo de pacientes es la movilización necesaria para mejorar el bienestar dentro de lo posible.

Toda movilización de este tipo de pacientes siempre se deberá realizar siguiendo las instrucciones de la enfermera ó medico responsables del paciente.

La movilización evitará las consecuencias creadas por el inmovilismo, que influyen de una manera muy negativa en el paciente terminal.

El inmovilismo puede llegar a provocar una falta de oxígeno considerable en este tipo de pacientes. También influirá negativamente en la función motriz.

La alteración de esta función viene dada por la atrofia de grandes grupos musculares.

La función cardiovascular también se vera afectada con una falta de retorno venoso que favorece la aparición de insuficiencias cardiacas.

La función gastrointestinal y metabólica disminuye e incluso se para la motilidad gastrointestinal ocasionando obstrucciones, la función culinaria también se vera afectada siendo habitual infecciones culinarias, y por ultimo, la integridad cutánea puede verse afectada por la formación de úlceras por presión.

De ahí la importancia de la movilización de la que es una pieza fundamental el celador, pues es una de sus principales funciones, en colaborar con los demás miembros del equipo en la movilización de este tipo de pacientes.

Para llevar a cabo los cuidados paliativos debemos:

- Dar una atención individualizada y continua.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y desarrollar su autonomía.

Los cuidados paliativos requieren de un trabajo en equipo por parte del equipo medico y el celador , que es el encargado de proporcionar los cuidados de confort al paciente terminal y a los familiares.

Algunas de las funciones del celador con pacientes terminales son los siguientes:

- Hacerle compañía para evitar que se sienta solo.
- Intentar mantener la cama limpia y seca.

5 Discusión-Conclusión

En los pacientes de cuidados paliativos hay que tener en cuenta que son pacientes en la cual su enfermedad el fin es la muerte.

Es muy necesario tener claras una serie de medidas de confort e higiene ó cuidados para hacer ese trance al enfermo y a sus familiares que sea lo menos doloroso posible.

Tenemos que tener claro que si el paciente presenta una enfermedad terminal , no podemos hacer nada para que ese paciente se muere , pero si podemos ayudarlo para mientras que no llega ese momento viva en las mejores condiciones posibles paliando sus dolencias, también podremos apoyarlo en todo lo que requiera y necesite tanto el como sus familiares.

6 Bibliografía

1. Yolanda Cimarra Delgado Actuacion del celador ante el paciente terminal. Action of the caretaker before the terminal patient 17/06/2022. Disponible en : <https://congresosicepa.com/celador-paciente-terminal-2/>.
2. El celador en cuidados paliativos. Formación Continuada Logoss.

Capítulo 433

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DE LOS PACIENTES

MÓNICA MARTÍNEZ SOLA

1 Introducción

La función del celador en el aseo de los pacientes es principalmente ayudar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y a las enfermeras.

Además excepcionalmente lavará y aseará a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo ellos mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta ó personas que las sustituya.

Para ello es importante que el celador conozca los tipos de aseo y la forma de realizarlos. La higiene tiene como base para su desarrollo una evaluación adecuada y la existencia de los medios necesarios para llevarlo a cabo.

Sin una buena higiene personal la enfermedad puede agravarse y alargar la estancia del enfermo dentro de la institución sanitaria, ocupando espacio y tiempo que se puede dedicar a otro paciente.

Las diferentes necesidades de aseo pueden variar según el tipo de paciente y su patología, no es lo mismo un paciente totalmente dependiente que otro que tiene gran parte de su autonomía.

Es muy importante que el celador sepa en todo momento la patología que presenta el paciente para ayudar a movilizarlo sin agravar su enfermedad ni causarle cualquier tipo de lesión al paciente.

La función del celador parece ser una función poco importante pero en la mayoría de los casos el auxiliar de enfermería no podría realizar el seo por si solo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es principalmente identificar las funciones realizadas por el celador en relación con el aseo a pacientes que no pueden realizarlo por sí 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 han consultado 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 higiene es un conjunto de actividades que realizaremos a los pacientes para aumentar y conservar la salud y prevenir en las distintas enfermedades que pudieran contraer al no realizarse.

La higiene de los pacientes hospitalizados recaerá principalmente en la figura del auxiliar de enfermería pero siempre ayudada por la figura del celador.

Estos actuarán con la supervisión de la enfermera ó en su caso el médico encargado del paciente. El aseo del paciente es la limpieza y el lavado del cuerpo y mucosas externas para proporcionar el máximo confort y bienestar al paciente. El aseo mejora la calidad de vida del enfermo, estimula la circulación sanguínea, etc., ayuda al bienestar físico y psíquico del paciente, previene las lesiones que se pudieran producir en la piel y las mucosas, elimina las células muertas y suciedad evitando el riesgo de macerarse e infectarse, evita el mal olor y se puede utilizar para disminuir la temperatura corporal en caso de fiebre.

El celador debe conocer los distintos tipos de aseos que puede realizar a los distintos pacientes que pueda encontrar en las plantas de hospitalización extremando la higiene para no contribuir a propagar enfermedades dentro de la institución sanitaria poniéndose guantes al principio del aseo y una vez terminado lavándose las manos y volviéndose a poner otra vez los guantes para realizar el aseo de un nuevo paciente.

Tendremos muy en cuenta que cuando se realice el aseo no haya corrientes de aire e intentaremos siempre tener una temperatura adecuada que podrá oscilar entre 37° y 40° grados.

Preservaremos la intimidad del paciente en todo momento del aseo utilizando cortinas, biombos ó cualquier tipo de instrumento que preserve su intimidad de las miradas de los otros pacientes y familiares con los que pudiera compartir la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Saber como realizar el aseo del paciente es fundamental cuando nos encontramos con que la persona dependiente se encuentra ya encamada no pudiendo esta desplazarse al baño para asearse o ducharse por sus propios medios, por lo que deberemos ayudar a realizar el aseo en la propia cama. Nuestra función auxiliar siempre dependerá de las indicaciones realizadas por los auxiliares ó enfermeras que son las responsables del enfermo, eso no exime al celador de realizar su trabajo con la máxima responsabilidad y profesionalidad.

Su función no es meramente auxiliar, sin su colaboración no sería posible realizar el aseo de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://pharmalinegroup.com/la-piel/#1450172080371-b5ce8f34-f25c>.
2. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/sercicioandaluzde-salud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf.

Capítulo 434

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

1 Introducción

Cuando nos realizan una intervención quirúrgica de cierta envergadura, es probable que tras la finalización de la misma nos trasladen al área de reanimación, hasta que recuperemos la frecuencia cardíaca y respiratoria normales, y la conciencia.

La sala de reanimación sirve para vigilar la recuperación del paciente de la anestesia tras la intervención. Sabemos que las primeras salas de reanimación, pese a ser muy diferentes a las que existen en los hospitales actualmente, se remontan al año 1863, aunque no fue hasta 1949 cuando se empezaron a extender, hasta estar hoy en día presentes en todos los hospitales modernos. En la sala de reanimación se dispone de camas con sistemas de monitorización especiales, respiradores, y todo tipo de aparataje médico. La unidad de reanimación está a cargo del servicio

de anestesiología, en el cual trabajan los facultativos especialistas de la especialidad de anestesia y reanimación. Los anestesistas son médicos expertos en el manejo de la vía aérea, administración de fármacos anestésicos, y control del dolor. Realizan labores como la anestesia e intubación en el quirófano, vigilancia de cuidados postcríticos en la sala de reanimación, administración de bloqueos nerviosos, epidurales y otros tipos de anestésicos con objetivos analgésicos en las unidades de control del dolor, etc. generalmente las intervenciones quirúrgicas que requieren de un posterior ingreso en la unidad de reanimación suele ser aquellas operaciones de mayor envergadura y que requieren anestesia general. El presente texto se analiza la función que recae sobre la figura del celador en la unidad de reanimación.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de reanimación.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en la unidad de reanimación, necesario para el correcto funcionamiento de la misma.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “reanimación”, “cirugía”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

Existen varios tipos de salas de reanimación, entre las que se encuentran: la sala de reanimación post-anestesia, también denominada sala de despertares, tiene como objetivo la vigilancia del paciente mientras este recupera del efecto de los fármacos anestésicos hasta adquirir unas constantes vitales estables, es decir, una tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, y temperatura. Además, los pacientes son sometidos a estricta vigilancia y monitorización por parte del equipo médico de la sala para detectar precozmente posibles complicaciones derivadas de la intervención y actuar sobre ellas. Por otro lado, encontramos la sala de cuidados críticos postquirúrgicos, destinada a la atención inmediata de pacientes que han sido intervenidos en cirugías de gran calibre. Es similar a una unidad de cuidados intensivos, pero destinada al cuidado inmediato tras la cirugía. Esta sala está equipada con todo lo necesario para reanimar y tratar a los pacientes críticos.

A continuación, se detallan las funciones que realiza el celador destinado en la unidad de reanimación.

El celador se encarga del transporte de pacientes que acaban de ser intervenidos desde el quirófano hasta la sala de reanimación, así como de toda la documentación necesaria para la identificación del paciente.

El celador deberá realizar el transporte de todos los elementos de inmaterial, aparataje médico o instrumental que se les solicite, así como toda la documentación necesaria, como historias clínicas, documentos de consentimiento informado, etc. Cuando el celador observe algún desperfecto en los entornos de la unidad de reanimación, deberá comunicarlo a sus superiores.

Si fuera necesario transmitir un recado u orden verbal, será el celador quien la comunique al personal correspondiente.

El celador deberá velar por el orden y seguridad en la sala de reanimación, evitando el paso a todo personal no autorizado.

Al finalizar la jornada, el celador recogerá las jaulas de ropa sucia y pijamas de la sala de reanimación y la llevará a lavandería.

El celador transportará a la sala de reanimación las botellas de oxígeno y cajas de farmacia pesada.

Cuando sea necesario, el celador colaborará con los profesionales de reanimación en pequeñas tareas, como pueden ser la movilización de pacientes o asistencia en su higiene.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, el servicio de anestesia y en concreto la unidad de reanimación presta un servicio imprescindible para la correcta recuperación de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, vigilando sus constantes vitales, y la posible aparición de complicaciones, entre otras funciones.

En la sala de reanimación trabajan multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que se encuentran facultativos, especialistas de anestesiología, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc.

El celador presta su labor y su profesionalidad para contribuir a que la sala de reanimación funcione de forma impecable.

6 Bibliografía

1. El celador en Medicina Intensiva y Reanimación - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.), from <https://revistamedica.com/celador-medicina-intensiva-reanimacion-salud/>
2. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 1. El Celador: Funciones Generales. (n.d.), 2023, from <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>

Capítulo 435

FOMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES QUE PASAN POR UN ICTUS. EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

1 Introducción

El termino ictus hace referencia a una enfermedad cerebrovascular o un trastorno de la circulación cerebral, que puede ser como consecuencia del flujo sanguíneo o una rotura a una arteria o vena cerebral dando lugar a un ictus isquémico cerebral o hemorragia cerebral (Plaza, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que las enfermedades cardiovasculares agudas o ictus se encuentran entre la tercera causa de muerte en los países occidentales, la segunda causa de demencia, y la primera causa de discapacidad física en las personas mayores. En España cada año 110.000-120.000 sufren un ictus, y un cincuenta por ciento tienen secuelas que los hacen discapacitados y dependientes. Además, ha predicho que del 2000 al 2025 abra un incremento del 27%.

Las secuelas que deja un ictus en estos pacientes son variadas, más del 20% presentan parálisis, un 15% dificultad en el habla, perjudica la memoria, la conducta y capacidad cognitiva en un 30%, las cifras son preocupantes ya que la población española es una sociedad envejecida, y el ictus afecta en un 75% a personas mayores de 65años.

Todo esto conllevaba la necesidad de necesitar varios recursos especializados de los cuales existen carencias, a esto se suma el desconocimiento lo cual hace que los familiares tengan varios problemas, sumado a esto un acortamiento de la estancia hospitalaria que no ayuda a este perfil de pacientes (Romero et al., 2006, pp.7). Para la recuperación será necesario atención logopeda, fisioterapéutica y terapia ocupacional, y para ello hace falta profesionales que informen y guíen donde acudir y que tramites hacer, para ello están los trabajadores sociales que trabajan en el ámbito hospitalario, quienes realizan su labor para abordar los problemas sociales, familiares, individuales y psicosociales (Millán –Franco, 2020).

En el presente capítulo de libro se describe las funciones que un trabajador social realiza para un adecuado manejo psicosocial a nivel individual y familiar con personas enfermas.

2 Objetivos

- Analizar la intervención del trabajador social en los hospitales con pacientes con ictus.
- Conocer los recursos existentes para las personas que están en dependencia a causa de las secuelas de esta enfermedad.
- Realizar pautas de actuación desde el inicio de la enfermedad y continuando con la recuperación, alta, y seguimiento de la salud para verificar si existe una mejora en la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Para realizar el presente capítulo de libro se ha llevado a cabo mediante una investigación a través de revisión bibliográfica sobre estudios de literatura existente sobre trabajo social con personas enfermas de ictus y vulnerables a nivel individual y comunitaria. Se ha llevado a cabo mediante la búsqueda de artículos científicos, libros, bases de datos y publicaciones en: Science Direct y Cielo, Google Académico.

4 Resultados

Tras la realización del análisis de varios artículos bibliográficos y consultar bases de datos obtuvimos información de las consecuencias sociales, psicológicas,

económicas de las personas mayores que pasan por un ictus y que se encuentran en situación de vulnerabilidad, por ello se presentan propuestas para mejorar la atención a ellos y sus familias

- Elaborar una correcta información sobre la reorganización del hogar y núcleo familiar.
- Informar sobre los medios que faciliten la recuperación, terapia, centros de día, residencias, ayuda a domicilio
- Derivar a los centros especializados o atención primaria si lo necesita
- Hacer acompañamiento tanto al paciente y su familia
- Preservar el cuidado de la salud del paciente
- Vigilar síntomas agudos y persistentes de tristeza, ansiedad irritación o dañinas para sí mismo
- Readecuar el mantenimiento de la rutina y hábitos de cuidado personal, ocio, actividad física, sueño, etc.
- Realizar un adecuado plan de intervención para cada caso según el nivel de dependencia y recursos
- Ponerse en contacto con los trabajadores sociales de zona para que den una información más detallada sobre los recursos sociales existentes.
- Apoyo a las familias en casos de duelo
- Recepción de casos para valorar la estructura familiar y apoyar al paciente y su familia
- Promocionar o crear una red de apoyo para el paciente para fomentar la autonomía de estas personas.
- Búsqueda de recursos y coordinación entre la comunidad y el hospital si es necesarios
- Prevención de la sobrecarga en las familias tras el ictus
- Utilización correcta de las herramientas y técnicas para una mejor atención

El trabajador sociosanitario realiza su labor mediante la intervención interdisciplinar para poder solucionar y atender la demanda de las familias y personas que atraviesan por un ictus, mediante la realización de la evaluación socio familiar, mediante la realización del diagnóstico integral del paciente tomando en consideración los aspectos médicos, sociales y físicos.

5 Discusión-Conclusión

Las secuelas que conlleva el haber padecido un ictus son variadas, provocando incluso la dependencia, cambiando la vida de la persona que lo padece y de su

familia, afectando en todos ellos en lo laboral, económico, social, físico y psicológico. Tras la atención a diferentes patologías en espera por la pandemia, el recorte en medios para la mejora en sanidad ha enlentecido la mejora de la salud de estos pacientes, ya que por ejemplo si antes se realizaba una rehabilitación diaria ahora se realiza solamente dos días por semana.

Aspectos que dificultan el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria y dejándolos incapacitados o con dependencia leve, moderada o gran dependencia. Por estas razones los pacientes, cuidadores o sus familias se encuentran desorientados, angustiados y uno de los profesionales que pueden ayudar para mejorar la autonomía del paciente y su familia, y el desarrollo de la protección, promoción, conservación y recuperación de la salud de la salud en base a sus necesidades y mejorando así su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Aldunate González, N. (2015). Trabajo Social Sanitario en casos de ictus en Navarra.
2. Millán-Franco, M. (2020). Trabajo Social y COVID-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables. In R. Rivera.(Presidencia).
3. Congreso internacional virtual sobre Trabajo Social. Consecuencias psicológicas, sociales, políticas y económicas.
4. EUMED, Méjico. <https://www.eumed.net/actas/20/covid/17-trabajo-social-y-covid-19-un-ana-lisis-de-lasconsecuencias-sociales.pdf>. n°1: Trabajo Social y Daño Cerebral. Recuperado de: <http://bit.ly/1CYLCgX>.
5. Plaza, I. (2006). ¿Qué es un Ictus?. En Guía de información al paciente con Ictus. (pp. Rodríguez Moneo, A. (2017). Trabajo social grupal: intervención grupal con familiares de pacientes de ictus.
6. Rodríguez, F. (2006). Cuadernos FEDACE sobre Daño Cerebral sobrevenido. Cuaderno Romero, P.; Espina, M.; Amorena, A.; Purroy, U.; Abdelkader, M.; Rodríguez, P.;...; Recuperado de. <https://www.svneurologia.org/libroictus.html>.
7. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:master-Filosofia-IA-Mflores/Flores_Quesada_Myryam_TFM.pdf.
8. <https://www.revespcardiolog.es-mortalidad-hospitalaria-por-ictus-articulo-13126039>.
9. <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/19131/TFG-ALDUNATE%20GONZALEZ%20NEREA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Capítulo 436

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE DE CARDIOLOGÍA.

CRISTINA PAGE LAIN

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

1 Introducción

Cuando un paciente con problemas cardíacos acude al servicio de urgencias con dolor de pecho, será dirigido por el celador que se encuentre en la puerta de urgencias directamente a la unidad de triaje, para que se le tomen las constantes y se le realice un electrocardiograma de inmediato, con la finalidad de diagnosticar un infarto o descartarlo.

Si el electrocardiograma determina que el paciente está sufriendo un infarto, será avisado inmediatamente el equipo de medicina de cardiología que se encuentre de guardia para que le sea realizada una rápida actuación y el paciente será dirigido al área de reanimación de urgencias. Por norma general, el equipo de cardiología determinará que se le realice un catéter de urgencia en el servicio de hemodinámica del centro hospitalario, o determinará su traslado a otro centro sanitario si este no dispone de la unidad de hemodinámica.

Sin embargo, si el electrocardiograma no determina ninguna anomalía, el paciente será destinado al área de boxes para que los médicos especializados en cardiología le realicen todas las pruebas necesarias para determinar ese dolor de pecho que presenta el paciente. Si una vez realizadas las primeras pruebas no se determina la causa del dolor, el paciente será ingresado en la planta de cardiología para la realización de un estudio más exhaustivo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores en las plantas de cardiología y en la unidad de hemodinámica.

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 planta de cardiología de los centros hospitalarios son aquellas plantas de hospitalización en la cual son ingresados los pacientes con patologías cardíacas que requieren del estudio de su enfermedad para determinar las causas que lo motivaron, el proceso de intervención o el tratamiento.

En la mayoría de los centros hospitalarios, se cuenta con una unidad de cuidados intensivos coronarios dentro de la propia planta de cardiología, en la cual se encuentran aquellas pacientes con un estado clínico más delicado.

Funciones de los celadores en las plantas de hospitalización:

- Trasladar a los pacientes desde la planta de cardiología hasta las consultas de cardiología.
- Trasladar a los pacientes desde la planta de cardiología hasta el servicio de radiología, para la realización de radiografías o de TAC, y viceversa.
- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a movilizar a los pacientes que por su estado clínico no pueda realizarlo por el mismo para el aseo diario.

- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a movilizar a los pacientes que por su estado clínico no pueda realizarlo por el mismo para la colocación o retirada de cuña.
- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a movilizar a los pacientes que por su estado clínico no pueda realizarlo por el mismo para la colocación o retira de pañal.
- Ayudar al equipo de enfermería con la movilización del paciente durante la cura de las heridas o cicatrices.
- Trasladar a los pacientes con un estado clínico muy delicado desde la unidad de cuidados intensivos coronarios hasta la unidad de cuidados intensivos del centro hospitalario.

La unidad de hemodinámica de los centros hospitalarios es aquella unidad en la cual se diagnostican y tratan las enfermedades coronarias, llevando a cabo intervenciones invasivas mediante la introducción de catéteres por la arteria radial del brazo.

Funciones de los celadores en la unidad de hemodinámica:

- Trasladar a los pacientes en cama desde la planta de cardiología hasta la unidad de hemodinámica.
- Ayudar al equipo de hemodinámica a pasar al paciente desde la cama de este hasta la mesa de intervenciones.
- Trasladar a los pacientes desde la unidad de hemodinámica hasta la unidad de cuidados intensivos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico demuestran que una de las principales funciones de los celadores adscritos tanto a las plantas de hospitalización de cardiología como en la unidad de hemodinámica, es el traslado de los pacientes desde el lugar de origen hacia otro lugar. Cabe destacar, que los pacientes cardiacos son pacientes con unas patologías y unos diagnósticos clínicos muy delicados, por lo que los celadores no deberán realizar dichos traslados en solitario, sino que debería acompañado por un equipo médico de cardiólogos y por el enfermero responsable del paciente.

6 Bibliografía

1. Aguilar. M.C. Garrido, J.M. Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013

2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
4. Orden del 5 de julio de 1971, por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
5. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición. 2021

Capítulo 437

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO.

CRISTINA PAGE LAIN

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

1 Introducción

El embarazo constituye una etapa vital en la vida de toda pareja, que lleva aparejado multitud de cambios a todos los niveles, físicos, psicológicos, que suponen un gran impacto en la vida de la mujer.

En este sentido la medicina ha dado grandes pasos, antiguamente, era frecuente que el parto se produjera en casa y sin apenas control durante el proceso, no se realizaban ecografías, analíticas, revisiones, etc. Sin embargo, actualmente con el avance de la sociedad y la instauración de la medicina moderna, el embarazo supone un contacto directo con el sistema sanitario, llevándose a cabo un control del mismo que implica una serie de pruebas, que permiten detectar cualquier anomalía tratándola en la medida de lo posible.

La obstetricia es una de las ramas de la medicina que se encarga de estudiar todo lo relativo al embarazo, parto, posparto normal y patológico, así como los aspectos psicológicos y sociales asociados a la maternidad.

Hoy en día el parto tiene lugar en los hospitales, con los profesionales sanitarios y no sanitarios: médicos, enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, celadores, etc. asegurándose de solventar cualquier tipo de complicación que pueda surgir. En la planta de ginecología y obstetricia de cada hospital habrá celadores encargados de diversas funciones que, al igual que los sanitarios y personal no sanitario, contribuyen a que nuevos bebés lleguen al mundo con las garantías que la medicina moderna ofrece hoy.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones que lleva a cabo el celador en la unidad de paritorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 la organización de un hospital podemos distinguir las diferentes especialidades médicas, cada hospital contará con mayor o menor número de especialidades dependiendo de la población a la que preste cobertura.

La Ginecología y Obstetricia es una especialidad que se ocupa del todo lo relacionado con el cuidado de la salud de los órganos reproductores femeninos, incluyendo las patologías oncológicas, y todo lo relativo a la gestación, parto, y puerperio así como el manejo de las complicaciones obstétricas, incluso a través de intervenciones quirúrgicas.

A continuación vamos a describir las funciones que lleva a cabo el celador en la sala de paritorio.

Cuando sea requerido por la planta, el celador trasladará a la embarazada en su cama, desde su habitación al paritorio. En este momento del traslado el celador deberá tener una actitud tranquila e infundir confianza y serenidad al paciente, ayudándola a calmarse, pues es un momento de gran tensión y nerviosismo, sobre todo cuando se trata de pacientes primerizas.

Igualmente, cuando se produce una urgencia obstétrica o el parto se adelanta, la paciente llega al hospital de manera no programada, a través de los servicios de urgencias, el celador será el encargado de tras la toma de sus datos personales por los auxiliares administrativos de acompañarla a triaje y posteriormente si es necesario a paritorio, para realizar una valoración más en profundidad, decidiendo su ingreso en planta, realización de pruebas complementarias, o su derivación nuevamente al domicilio.

El celador transportará las muestras de sangre, orina, heces, biopsias, etc. tanto de la madre como del bebé al laboratorio correspondiente. Transportará todo tipo de aparataje que le sea requerido por médicos y matronas, como ecógrafos.

El celador, junto a la paciente, trasladará toda la documentación necesaria adscrita a ella, como, por ejemplo, su historia clínica, documentación, consentimiento informado y otros documentos administrativos de importancia que pudieran ser necesarios.

El celador sujetará a la paciente cuando sea requerido por el anestesista para administrar la anestesia epidural.

-Colocará en el potro a la parturienta siguiendo las instrucciones de la matrona o ginecólogo.

-Trasladará a las pacientes de paritorio a la planta y viceversa.

-Vigilará el acceso de familiares y acompañantes a la unidad, permitiendo únicamente el acceso a personas autorizadas.

En resumen podemos decir que el celador trabaja en coordinación con el resto de profesionales, auxiliándolos en todo aquello que sea necesario, es por ello que constituye una parte importante del servicio, siendo necesaria su labor para el correcto y fluido funcionamiento de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Como ya se ha visto a lo largo de este capítulo, el celador realiza funciones muy diversas en la zona de paritorio, y si bien no interviene de forma directa en la

labor del parto, sí que tiene un contacto estrecho con la paciente en numerosas ocasiones, y, gracias a sus labores de traslado de documentación, muestras, y transporte de pacientes a las pruebas complementarias, quirófano o sala de paritorio, hacen posible el funcionamiento de esta unidad de forma impecable y coordinada, lo cual es imprescindible en toda sala de paritorio dentro del servicio de ginecología y obstetricia, en algo tan sensible y delicado como es la tarea de traer al mundo nuevos seres humanos.

6 Bibliografía

1. Funciones del Celador en maternidad. Retrieved July 7, 2022, from <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>.
2. El celador y la paciente embarazada - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 7, 2022, from <https://revistamedica.com/celador-pacienteembarazada/>.

Capítulo 438

EL CELADOR EN REHABILITACIÓN

ADAM VICENTE OTERO

1 Introducción

Varias y distintas especialidades médicas forman parte de la rehabilitación de los pacientes, todas ellas orientadas a diagnosticar, evaluar, prevenir y tratar la incapacidad con un objetivo, que no es otro que el de devolverle a los pacientes el mayor grado de independencia funcional que se les pueda conseguir.

La figura del celador en esta unidad hospitalaria es de vital importancia, además de un fuerte apoyo a la hora de trabajar con los fisioterapeutas para realizar movilizaciones y traslados con los pacientes, para colocarlos de manera adecuada y que puedan realizar sus técnicas de trabajo adecuadamente sobre los pacientes. Sin duda hay que resaltar la obligatoriedad por parte de los celadores para que tengan el conocimiento necesario a la hora de aplicar los cambios posturales y posiciones básicas de los pacientes, también es muy importante el conocimiento del celador en el manejo de la grúa en el caso de que sea necesario, ya que hay pacientes con una movilidad tan reducida que requieren de este tipo de mecanismos, muy comunes en la unidad de rehabilitación para que el celador pueda pasarles desde su silla de ruedas si es el caso a la camilla de la unidad de rehabilitación donde los fisioterapeutas van a aplicar sus técnicas de recuperación sobre ellos.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el servicio de rehabilitación.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en el servicio de rehabilitación presta atención a los pacientes en función de lo que el personal sanitario le solicite, teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente y la ayuda que éste necesite. No obstante, el celador debe dar un servicio siempre en beneficio de los pacientes de forma activa, participativa y segura, por ello es tan importante la figura del celador en cuanto al apoyo y ayuda a los profesionales sanitarios de éste servicio.

Los pacientes que acceden al servicio de rehabilitación suelen padecer variados y distintos tipos de dolencias y patologías, por ello es importante que el celador esté bien integrado y coordinado con el equipo de profesionales sanitarios al que pertenece dentro del servicio de rehabilitación. Debe de estar informado y guiado por los profesionales sanitarios tanto a la hora de hacer los traslados como para realizar las distintas movilizaciones en los pacientes que requiera el personal médico del servicio.

El celador en el servicio de rehabilitación tiene diversas funciones, entre las cuales podemos destacar las siguientes:

En la planta de rehabilitación el celador deberá ayudar al personal sanitario a realizar los aseos a los pacientes, así como a realizar las movilizaciones que requieran tanto en la misma cama para realizar cambios posturales, como a pasar a los pacientes de su cama a un sillón si se requiere, también se encargarán del traslado de los pacientes a los distintos servicios que se soliciten.

También es importante el trabajo que el celador en el servicio de rehabilitación realiza en el gimnasio en conjunto con el personal de fisioterapeutas.

Dentro de esta parte del servicio de rehabilitación, el celador ayuda a los fisioterapeutas en los diversos ejercicios de rehabilitación de los pacientes, realizando movilizaciones de los mismos, así como cualquier otra cosa que el personal fisioterapeuta necesite.

5 Discusión-Conclusión

Además de las funciones propias y generales del celador en cualquier otra área de una institución sanitaria, es muy importante destacar el apoyo que realiza en concreto en el área de rehabilitación, porque es un servicio que es bastante peculiar a la hora de poner en práctica las funciones del celador.

El porcentaje de pacientes que tienen movilidad limitada o reducida es más elevado que en otras áreas, por lo que, aunque los celadores no sean los responsables directos del tratamiento rehabilitador, su colaboración en la movilización, acomodo y sujeción de los pacientes que están siendo sometidos a este tipo de terapias es fundamental.

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 439

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SU ASEO A LOS NEONATOS

NOEMI SABIDO GARCÍA

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

1 Introducción

Las autoras Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa (Auxiliar de enfermería, 2013) distinguen a un recién nacido sano a “Aquel que ha realizado un proceso de adaptación a la vida y no se ha observado riesgo ni malformaciones evidentes”. Cabe destacar, que lo más relevante del periodo neonatal es la adaptación de este bebé a la vida fuera del útero, ya que es un periodo en el que el bebé tiene que adaptar los aparatos respiratorios y cardiovasculares.

El diccionario Oxford al igual que el manual “Técnicas básicas de enfermería” (Editex, 2010) definen el concepto de recién nacido o neonato como “Todo niño que acaba de nacer o que tiene menos de cuatro semanas”. Destacan además que los niños que han superado las primeras cuatro semanas, pasan a denominarse lactantes.

Es curioso, que algunos pediatras hacen otra clasificación sobre la denominación de los recién nacidos, ya que establecen el término de recién nacidos a los bebés que tienen sus dos primeras semanas de vida, estableciendo el período neonatal precoz a los tres primeros días de vida del bebé y neonatal tardío a los siguientes once días de vida del bebé. En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis de los cuidados que recibirá un recién nacido durante su higiene.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados básicos del equipo de enfermería y TCAE en la higiene del recién nacido y del lactante
- Exponer las definiciones establecidas en las referencias bibliográficas sobre el concepto de recién nacido.

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

PRIMEROS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO EN SU HIGIENE.

Las actuaciones más importantes que se deben llevar a cabo durante la higiene personal de los recién nacidos son: el baño, el cuidado de los ojos, la boca y el cordón umbilical.

• EL BAÑO DE LOS RECIÉN NACIDOS

- El baño será realizado en los nidos de la planta del hospital donde se encuentran las mamás con sus recién nacidos. Este baño se realizará diariamente .
- Mantener la temperatura del agua en 37 o 38 °C. Utilizar un termómetro de baño para comprobar la temperatura idónea del agua.
- Evitar corrientes de aire en la zona de los nidos.
- Tener todo el material necesario para el baño antes de comenzar a realizarlo.
- Hacer un lavado de manos previo y utilizar guantes desechables.
- Pesar al niño antes de comenzar el baño. Apuntar el peso en su historia.

- Introducir al bebé lentamente en el agua.
- Lavar la cara únicamente con agua.
- Lavar el cuerpo con agua y jabón neutro.
- Secar al bebé con una toalla suave, haciendo hincapié en las zonas donde pueda haber pliegues de la piel.
- Aplicar aceite para hidratar la piel del bebé.
- CUIDADO DE LOS OJOS
- Limpiar los ojos con suero fisiológico a través de gasas estériles.
- Limpiar desde el interior hacia el exterior.
- Secar cada ojo con gasas diferentes.
- CUIDADO DE LA BOCA
- Limpiar entre toma y toma con agua estéril.
- CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL
- Limpiar durante el baño con agua y jabón.
- Secar con mucho cuidado utilizando gasas.
- Una vez limpio y seco, aplicar alcohol en una gasa y enrollarla junto a otra gasa seca alrededor del ombligo.

Esta actuación deberá ser desarrollada hasta que se caiga el cordón en los próximos 7 o 10 días.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y sus cuidados en la higiene del recién nacido” se pueden encontrar diferentes denominaciones de los recién nacidos, teniendo en cuenta los días o semanas de vida que tengan los bebés. Existiendo una clasificación generalizada llamando al recién nacido a aquellos niños que tienen hasta cuatro semanas de vida y llamando lactantes a los niños con más de cuatro semanas. Las evidencias que presentamos durante este capítulo nos han demostrado cada una de las actuaciones que deben llevar a cabo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo o baño del recién nacido en los nidos.

6 Bibliografía

1. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.

2. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. EditorialMc .

Capítulo 440

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU COMETIDO EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

NOELIA ACOBI MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

1 Introducción

El almacén de un hospital se utiliza para conservar medicamentos, materias primas y cualquier otro elemento que deba conservarse hasta poder ser entregado a la unidad que los necesita el propósito principal del almacén. Implica el aprovisionamiento, control y suministro de existencias.

Todos los medios materiales necesarios en los distintos servicios que presta el hospital y los centros sanitarios deberán ser suministrados por el servicio de abastecimiento hospitalario. El Almacén General y el Departamento de Compras conforman conjuntamente este servicio.

El almacén se encarga de gestionar, recibir, almacenar y distribuir a todos los pisos de un hospital. También distribuye a diferentes plantas hospitalarias, así

como a centros sanitarios, periféricos, residencias de ancianos, ambulancias y otras ubicaciones.

En este departamento se emplean tanto conserjes como auxiliares administrativos. Ellos están a cargo de dispersar los materiales y el gerente de almacén está a cargo de supervisar la dispersión y garantizar que se desarrolle sin problemas. El seguimiento de las fechas de caducidad de los productos es otra tarea del almacén, especialmente cuando se trata de productos de farmacia, gestión de stock e inventario de artículos.

Una mala gestión sirve de base para una serie de errores que luego se manifestarán en el inventario y que restringirán la productividad de los distintos sectores relacionados con la adecuada recepción y posterior distribución.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones y tareas de un auxiliar administrativo en el almacén general de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para preparar este capítulo, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica utilizando las palabras clave "almacén hospitalario" y "funciones de auxiliar administrativo en el almacén" en los artículos clave, así como en las bases de datos clave como Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Dentro del centro médico se pueden encontrar dos tipos distintos de almacén hospitalario: el almacén de farmacia y el almacén general. El almacén de equipos es uno de varios almacenes más especializados que se pueden crear a partir del almacén general, lencería, almacén de insumos clínicos consumibles, almacén de insumos de mantenimiento, almacén de insumos quirúrgicos, almacén de papelería, etc.

El almacén de un hospital debe mantener un registro continuo de cada trámite que genera, tanto durante la entrada como la salida de mercancías. Este mantenimiento de registros debe realizarse en tiempo real para que esté siempre accesible.

Los posibles factores incluyen los elementos que se traen, los elementos que se retiran y los elementos que deben reemplazarse.

En el almacén, las funciones de los auxiliares administrativos incluyen:

- Notificar al jefe de almacén de las devoluciones.
- Asignar tareas de acuerdo con la categoría administrativa, gerencial o de servicios.
- Para comisiones técnicas preparar muestras.
- Gestionar informes de incidencias, albaranes y proveedores.
- Agregar información de inventario.
- Automatizar la entrada y salida de mercancías.
- Complete todos los formularios de documentación disponibles.
- Imprima una variedad de listas.
- Imprimir etiquetas para devoluciones de material.
- Crear estante etiquetas.
- Realizar un reclamo del producto antes de la entrega.
- Producir, imprimir y sellar comprobantes de salida.

Aumenta la productividad porque se adapta constantemente a las regularizaciones del sector sanitario, cuando se realizan bien las tareas de gestión de almacén y suministros. El auxiliar administrativo está a cargo de todas estas tareas y funciones y se debe asegurar de que ambas partes reciban un servicio de alta calidad en los centros hospitalarios y en los centros de salud de atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, una mala gestión sirve de base para una serie de errores que luego se manifestarán en el inventario y que restringirán la productividad de los distintos sectores relacionados con la adecuada recepción y posterior distribución.

Las funciones de los auxiliares administrativos son cruciales para gestionar el inventario, realizar un seguimiento de las entradas y salidas de mercancías, gestionar precios y cantidades, identificar errores de precios y cantidades y realizar un seguimiento de las fechas de vencimiento de los bienes.

Para garantizar la correcta organización del departamento de un almacén de suministros, allí colaboran los auxiliares administrativos y los celadores.

6 Bibliografía

- <https://administracion.formacionalcala.es/>
- <https://congresosicepa.com>

Capítulo 441

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

NOELIA ACOBI MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

1 Introducción

Cualquier procedimiento realizado en un entorno hospitalario, incluidos los procedimientos terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación, se denomina "atención especializada". Dentro de la atención especializada se pueden distinguir diferentes tipos de apoyo, incluyendo el apoyo a médicos especializados, el campo quirúrgico, la hospitalización o ingreso, la hospitalización domiciliaria y los procesos que tienen carácter diagnóstico o terapéutico. Si un paciente necesita acudir periódicamente a un especialista, deberá hacerlo a través de su médico de atención primaria o, si su patología lo requiere, a través del servicio de urgencias. Los auxiliares administrativos en los servicios de atención especializada realizan una variedad de tareas porque estas pueden variar dependiendo del servicio especial donde se encuentren.

En todos los servicios, los auxiliares administrativos son los principales responsables de brindar a los pacientes una atención eficaz que se adapte a sus necesidades individuales. Para responder a las consultas de los pacientes, también debe modificar nuestro lenguaje según sea necesario. Al brindar atención por teléfono, debe ser claro y conciso para poder hablar y poder transmitir a los pacientes de una manera clara y profesional. Es importante asegurar también que el paciente entendiera todo lo que dijimos brindándole retroalimentación.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo respecto a la atención que brinda en un servicio de atención médica especializada, como un hospital.

3 Metodología

Este trabajo de investigación se preparó mediante la realización de una revisión bibliográfica consistente utilizando las bases de datos más importantes, incluidas Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar y Ocronos. Ha sido examinado en relación con ello el conjunto de conocimientos en el campo de la ciencia y la medicina sobre las funciones de atención especializada del auxiliar administrativo.

4 Resultados

La principal responsabilidad del auxiliar administrativo en un hospital es cuidar de los usuarios y pacientes. Enfermeros, celadores, médicos y técnicos auxiliares de cuidados de enfermería son otros miembros del equipo multidisciplinario del que forma parte el auxiliar administrativo. Es fundamental que exista una buena comunicación entre las dos partes efectivas porque a veces necesitamos trabajar directamente con profesionales para brindar servicios. Cuando un paciente ingresa al hospital para recibir un servicio de emergencia especial, el auxiliar administrativo es la primera persona que ve proporciona los detalles para que el resto de profesionales puedan ayudarles. Los pacientes están a cargo de todas las tareas administrativas relacionadas con el testamento y se creará un registro para encontrar pacientes en la sala de emergencias donde el procesamiento y

almacenamiento de los datos del paciente está bajo el control de la familia del paciente.

Es importante tener en cuenta que toda la información que maneja el auxiliar administrativo es confidencial y no puede ser compartida con nadie; si lo hiciéramos, estaríamos violando tanto el derecho del usuario a la privacidad como la ley de protección de datos paciente en un En el entorno hospitalario, el auxiliar administrativo es responsable de una serie de tareas. En un servicio especializado algunas de ellas pueden variar, pero por lo general, atender tanto a los pacientes como a los profesionales es su principal deber. Dado que ahora todo está computarizado, se deben registrar todos los aspectos del historial médico del paciente. Se encargarán de concertar reuniones y responder consultas por teléfono. Es fundamental que un auxiliar administrativo pueda comunicarse y, cuando sea necesario, adaptarse a todos los paciente y de los usuarios del servicio de atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente que el servicio de atención especializada cuenta con una serie de departamentos y servicios. Dependiendo de dónde debamos desempeñarnos, algunas de las habilidades que aprendemos en este entorno pueden cambiar y volverse más especializadas hacemos. La principal responsabilidad de los auxiliares administrativos es sin duda ayudar a los pacientes y usuarios brindándoles la información que necesitan. Además de dar un servicio eficaz y de calidad, se debe utilizar una comunicación adecuada, y para ello es necesario desarrollar adecuadamente nuestras habilidades comunicativas. Todo quedará meticulosamente registrado en él, así que.

6 Bibliografía

-<https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>
-<https://www.euroinnova.us/que-hace-una-admin>

Capítulo 442

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS DE UN HOSPITAL

NOELIA ACOBI MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

1 Introducción

Los departamentos de recursos humanos de los hospitales llevan a cabo una serie de funciones que están todas relacionadas con las personas que trabajan en el centro sanitario.

Esto explica por qué hay tantos profesionales en diversos campos en el servicio, una parte importante de los cuales son auxiliares administrativos.

Independientemente del marco legal, organizativo, ya sea personal, estatutario o laboral, el departamento de recursos humanos siempre será el encargado de realizar las contrataciones necesarias en cada momento.

Este Acuerdo deberá cumplir y modificarse en todo momento para ajustarse a la ley aplicable.

También estará a cargo de manejar tareas como contratar y despedir empleados, crear nóminas, emitir permisos y licencias, y más.

Se necesitará una cantidad considerable de auxiliares administrativos para garantizar que todas estas tareas se lleven a cabo correctamente. Debido a que administrarán bases de datos, estos auxiliares administrativos deben ser particularmente diligentes y profesionales en el manejo de cada tarea. También deben tener buenos conocimientos de automatización de oficinas.

Los documentos de Word y las hojas de Excel son algunos otros programas que utilizan.

En este capítulo se analizan las funciones y la importancia de los auxiliares administrativos para el funcionamiento eficiente de las instituciones de salud.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del departamento de recursos humanos de un hospital.
- Explicar las responsabilidades de los auxiliares administrativos en términos del departamento de recursos humanos de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para garantizar que todos tengan acceso a la atención, el departamento de recursos humanos de un hospital es responsable de contratar y mantener personal calificado en su plantilla, los servicios esenciales con excelencia y eficacia, en un ambiente de trabajo seguro que fomente la lealtad entre el empleado y la institución.

Hay varias partes de esta unidad:

- Contratación.
- Nóminas.
- Empleo y prestaciones sociales.

- Formación y desarrollo.
- Sistemas de información para recursos humanos.

La contratación de personal debe realizarse de acuerdo con la legislación vigente, tener en cuenta los objetivos de constitución, los plazos de realización y las interacciones oficiales con los órganos pertinentes.

Las tareas que realiza el auxiliar administrativo en este servicio se describen con más detalle a continuación:

- Son los encargados de la contratación del personal hospitalario, y para ello deben confirmar que los solicitantes cumplen con los requisitos de cualificación necesarios, solicitando toda la documentación acreditativa del solicitante para garantizar una verificación adecuada. También preguntarán Para qué se presenten las declaraciones juradas relevantes, el empleado se encarga de proporcionar la documentación original. El empleado tendrá la oportunidad de firmar el contrato de empleo antes de recibir una copia.
- Manejarán cancelaciones y registros de trabajadores.
- Los manejarán todo tipo de licencia, incluidos los días para eliminar gratis, funerales, días para que los miembros de la familia sean hospitalizados, hojas de maternidad o paternidad, etc. que el empleado tiene derecho.
- Los estarán a cargo de crear nóminas y garantizar que la retención individual de los impuestos y las contribuciones del Seguro Social se ajusten de acuerdo con los salarios que se pagan. Las organizaciones de salud tendrán en cuenta al determinar la compensación.
- Factores relacionados con el trabajo por turnos, el trabajo nocturno, las vacaciones y el deber de guardia para los empleados.
- Para garantizar que esta información se difunda, es crucial establecer los canales de comunicación vertical y horizontal correctos, así como los mecanismos de información.
- Puede presentar quejas sobre los errores salariales para investigarlos y arreglarlos lo antes posible.
- Los procesos de conclusión para la movilidad y la promoción, mientras que tienen en cuenta la frecuencia y las regulaciones actuales, son otro deber.
- Los estarán a cargo de las solicitudes de procesamiento de hojas de ausencia y reducciones de horas de trabajo del personal, así como controlarlas después, asegurando que solicite todos los documentos requeridos.

El Departamento de Intercambio Laboral es parte del Servicio de Recursos Humanos, y sus responsabilidades principales incluyen la clasificación, la realización de llamadas para ofertas de contratos y la gestión del intercambio laboral, gestión de reclamos, etc.

Como puede ver, el auxiliar administrativo tiene una variedad de deberes dentro de esta organización, lo que requiere la aplicación de una amplia gama de conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos enumerar una amplia gama de funciones que puede realizar diariamente un auxiliar administrativo, como administrar datos, preparar las nóminas, calcular ausencias y bajas medias y administrar cualquier otro de factores que puedan influir en este departamento.

Se incluyen nóminas, contratos y políticas de Seguros Sociales. Para llevar a cabo todas estas tareas y llevar a cabo sus trabajos de manera efectiva y eficiente, deben poseer el conocimiento necesario.

Mantener y desarrollar un buen ambiente de trabajo apropiado para apoyar el desarrollo de todos los empleados en diversas tareas es una de las cosas más cruciales que un gerente de recursos humanos debe tener en cuenta.

6 Bibliografía

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

Capítulo 443

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS COMETIDOS EN LA SALA DE ARRITMIAS

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

CORAL RAMÍREZ MORA

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

1 Introducción

El diagnóstico y tratamiento de los trastornos del ritmo cardíaco, conocidos coloquialmente como arritmias, se lleva a cabo en la sala de arritmias de los centros hospitalarios.

Las arritmias pueden ser una afección cardíaca muy grave e incluso mortal, y la sala de arritmias estará equipada con tecnología médica avanzada y personal capacitado para manejar estos casos de manera y efectiva y rápida.

En la sala de arritmias, se pueden realizar diferentes tipos de pruebas y procedimientos para diagnosticar y tratar las arritmias, como electrocardiogramas (ECG), monitoreo Holter, prueba de esfuerzo, estudios electrofisiológicos. Estas

pruebas permiten al personal facultativo evaluar el ritmo cardíaco de los pacientes y determinar si hay alguna anormalidad en su función. Si es detectada una arritmia, los médicos pueden ofrecer tratamiento inmediato, como medicamentos o procedimientos invasivos, para normalizar el ritmo cardíaco y prevenir complicaciones graves para el paciente.

La sala de arritmias es un lugar imprescindible para el cuidado cardíaco especializado y un componente importante en el tratamiento de pacientes con enfermedades del corazón. El equipo de atención médica en la sala de arritmias trabaja en un equipo multidisciplinar para proporcionar un cuidado óptimo a los pacientes y mejorar su calidad de vida que es fundamental.

2 Objetivos

Explicar y enumerar los cometidos llevados a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la sala de arritmias de los centros hospitalarios.

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. También se han consultado diferentes temarios de oposición.

4 Resultados

El TCAE desempeña un importante cometido en la atención de los pacientes con trastornos en el ritmo cardíaco y más concretamente en la sala de arritmias.

Se van a explicar alguna de las distintas funciones que puede realizar el Tcae en la sala de arritmias:

- Ayudar en los procedimientos: El TCAE puede colaborar con el personal de enfermería en la realización de exámenes y distintos procedimientos, como pudieran ser la colocación de los electrodos, la realización de electrocardiogramas y la monitorización del ritmo del corazón.
- Controlar las constantes vitales: El TCAE controlará los signos vitales de los pacientes, incluida la toma de la presión arterial, la saturación de oxígeno y la

frecuencia cardíaca.

- Administrar medicamentos: El auxiliar de enfermería puede colaborar en la administración de medicamentos tales como medicación antiarrítmica, anticoagulantes y betabloqueantes, siguiendo las pautas que establezcan el personal de enfermería y siempre bajo supervisión.
- Ayudar en la movilización y cuidado personal del enfermo, como ayudarlo en el baño y en la alimentación.
- Realizar el mantenimiento del equipo médico que se utilice en la sala de arritmias tales como los equipos de electrocardiograma y los monitores cardíacos.

En términos generales, el TCAE es un miembro imprescindible del equipo que trabaja en la sala de arritmias. Velará por la salud y el bienestar del paciente.

Para garantizar una atención eficaz y segura, el personal de enfermería y el personal médico trabajaran en colaboración como equipo multidisciplinar. El técnico auxiliar en cuidados de enfermería es una figura fundamental.

Mantenimiento del equipamiento: el técnico puede colaborar en el mantenimiento del equipamiento utilizado en la sala de arritmias, como los monitores cardíacos y los equipos de electrocardiograma. En general, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un miembro importante del equipo de atención en la sala de arritmias, y su función es esencial para la comodidad y el bienestar del paciente. La colaboración entre el técnico y el personal de enfermería y médico es fundamental para garantizar una atención de calidad y segura. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es una figura esencial en la sala de arritmias por lo que es considerada un profesional fundamental en este área.

5 Discusión-Conclusión

Como auxiliar de enfermería en una sala de arritmias, es importante mantener una actitud responsable y profesional en todo momento. Será crucial seguir las instrucciones de las enfermeras y del personal médico e informar inmediatamente cualquier cambio en el estado del paciente.

También es importante crear un ambiente tranquilo y relajante para el paciente y brindarle apoyo emocional si es necesario. La higiene y limpieza de la sala de arritmias y del equipo utilizado es importante para prevenir infecciones y garantizar un entorno seguro para los pacientes.

Finalmente, es importante mantener la confidencialidad y privacidad del paciente y respetar sus derechos y decisiones en todo momento. Siguiendo estas recomendaciones, los auxiliares de enfermería pueden contribuir al bienestar y recuperación de los pacientes en las unidades de arritmia.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/arritmia-alteraciones-electricas/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 444

EL ROL DEL ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA CONTABLE DE UN HOSPITAL

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

MARIA JESUS MORA HIDALGO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

SILVIA CARRION PARDO

1 Introducción

Los hospitales son pilares fundamentales en cualquier sociedad, ya que proporcionan atención médica esencial a los ciudadanos. Para garantizar que operen de manera efectiva y eficiente, una administración financiera sólida es imprescindible. En este contexto, los administrativos en el área contable de un hospital desempeñan un papel vital.

La responsabilidad principal de estos profesionales es gestionar las finanzas del hospital. Esto implica la supervisión de presupuestos, la contabilidad de gastos e ingresos, y la garantía de que los recursos se asignen de manera óptima para mantener la calidad de la atención médica. Además, deben cumplir con regulaciones gubernamentales y estándares de contabilidad específicos del sector de la salud.

Las habilidades necesarias para este rol incluyen un profundo conocimiento de contabilidad y finanzas, así como la capacidad de comunicarse efectivamente con otros departamentos y con proveedores de servicios médicos. La toma de decisiones precisa y estratégica es esencial para asegurar que los recursos se utilicen de manera eficaz en beneficio de los pacientes.

La importancia de los administrativos en el área contable se refleja en su capacidad para contribuir a la estabilidad financiera del hospital y, por ende, a la calidad de la atención médica que se brinda a la comunidad. Una gestión financiera eficaz garantiza que los servicios de salud sean accesibles y de alta calidad para todos los ciudadanos, lo que mejora la salud general de la comunidad y contribuye al bienestar social.

En resumen, los administrativos en el área contable de un hospital desempeñan un papel crucial en la gestión financiera, la calidad de la atención médica y el impacto positivo en la comunidad que sirven. Su labor es esencial para mantener la salud de la sociedad en su conjunto.

2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades del administrativo en el área contable de un hospital.
2. Identificar las habilidades necesarias para desempeñar este rol de manera efectiva, indicando las competencias y conocimientos requeridos para llevar a cabo con éxito las responsabilidades en el área contable hospitalaria.
3. Destacar la relevancia de la gestión financiera en el funcionamiento hospitalario, resaltando cómo el trabajo del administrativo contable contribuye directamente a la capacidad del hospital para brindar atención médica de calidad.

3 Metodología

La metodología de este estudio se basa en la revisión y síntesis de fuentes bibliográficas especializadas relacionadas con las funciones y responsabilidades del administrativo en el área contable de hospitales. Se ha recopilado información de diversas fuentes para cumplir con los objetivos propuestos.

4 Resultados

•El administrativo en el área contable de un hospital asume una serie de responsabilidades clave que son vitales para el funcionamiento eficiente de la institución médica. Estas responsabilidades abarcan un amplio espectro de actividades financieras, que incluyen la gestión de cuentas por pagar y por cobrar, el registro meticuloso de transacciones financieras, la colaboración en la planificación financiera y presupuestaria, y la generación de informes financieros precisos y oportunos. Además de estas tareas, también tienen la importante función de garantizar el cumplimiento de las normativas y regulaciones financieras que rigen el sector de la salud.

Para llevar a cabo estas responsabilidades de manera efectiva, el administrativo en el área contable debe poseer un conjunto de habilidades esenciales. En primer lugar, debe contar con un sólido conocimiento de los principios contables y financieros que son fundamentales para comprender y gestionar adecuadamente las finanzas del hospital. Además, las habilidades de comunicación son cruciales para colaborar con otros departamentos y transmitir información financiera de manera clara y efectiva. La capacidad organizativa es fundamental para mantener registros precisos y garantizar que los recursos se utilicen eficazmente. También se requiere competencia en el uso de herramientas tecnológicas y software especializado para llevar a cabo las tareas contables de manera eficiente.

La importancia del administrativo contable en el funcionamiento hospitalario no puede subestimarse. Una gestión financiera adecuada es esencial para garantizar que el hospital pueda proporcionar atención médica de calidad. Los recursos financieros que administran estos profesionales son la columna vertebral que sostiene la infraestructura médica, el personal y los equipos necesarios para el tratamiento de pacientes. Sin una gestión financiera sólida, la calidad de la atención médica podría verse comprometida, lo que a su vez afectaría la salud y el bienestar de la comunidad a la que sirve el hospital.

Además de sus habilidades técnicas, es esencial que el administrativo en el área contable sea una persona ética y confiable. Manejan información financiera y médica confidencial que requiere un alto grado de integridad y responsabilidad. La confianza en su capacidad para mantener la confidencialidad y tomar decisiones financieras éticas es fundamental para el buen funcionamiento del hospital.

En resumen, el rol del administrativo en el área contable de un hospital es esencial

para la prestación de servicios de salud de calidad. Sus responsabilidades, habilidades y ética profesional se combinan para mantener la estabilidad financiera del hospital y, en última instancia, contribuir al bienestar de la comunidad a través de la atención médica de calidad.

5 Discusión-Conclusión

El rol del administrativo en el área contable de un hospital es verdaderamente vital y merece un reconocimiento mayor. Aunque sus contribuciones a menudo pasan desapercibidas, su labor es un pilar fundamental para el éxito de la institución médica y, por extensión, para el bienestar de la comunidad a la que sirve.

La competencia técnica de estos profesionales, su capacidad para mantener altos estándares éticos y su profundo entendimiento de los procesos financieros se combinan para asegurar que los recursos necesarios estén disponibles en el momento preciso en el ámbito de la atención médica. Esto significa que los médicos y el personal de salud pueden centrarse en su trabajo crucial de salvar vidas, sabiendo que los fondos y las finanzas están en buenas manos.

En última instancia, el administrativo contable es un enlace esencial entre las finanzas y la atención médica, y su labor es un componente crucial para que un hospital funcione sin problemas y pueda proporcionar la atención de calidad que todos los pacientes merecen. Su dedicación silenciosa es un testimonio de su compromiso con la salud de la comunidad y su contribución es, sin lugar a dudas, invaluable.

6 Bibliografía

- "Contabilidad Hospitalaria" de José Luis López Cordovilla
- "Contabilidad Hospitalaria" de Jaime Llorente.
- Varios artículos de revistas como "Journal of Healthcare Management" y "Healthcare Financial Management".

Capítulo 445

DERECHOS Y DEBERES DEL ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA CONTABLE DE UN HOSPITAL

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

MARIA JESUS MORA HIDALGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

SILVIA CARRION PARDO

1 Introducción

Los administrativos en el área contable de un hospital son los guardianes de la estabilidad financiera en un entorno donde la atención médica es una necesidad constante. Sus responsabilidades trascienden los números; desempeñan un papel crucial en la calidad de la atención que los pacientes reciben.

Uno de los deberes fundamentales de estos profesionales es el registro preciso de las transacciones financieras del hospital, lo que garantiza la transparencia y la rendición de cuentas en el uso de los recursos. Además, gestionan cuentas por pagar y por cobrar, lo que influye directamente en la liquidez de la institución y su capacidad para mantener un flujo de efectivo adecuado para las operaciones diarias, la adquisición de equipos médicos y la formación del personal.

La planificación financiera y presupuestaria es otro aspecto crítico de su labor. Esto implica prever y gestionar los gastos futuros, asegurando que el hospital cuente con los recursos necesarios para brindar atención médica sin interrupciones. Además, generan informes financieros que brindan a la dirección del hospital una visión clara de la situación financiera, lo que facilita la toma de decisiones informadas.

Su compromiso con la ética profesional es ineludible, ya que manejan información financiera y médica confidencial. La confianza en su integridad es esencial para mantener la reputación y la credibilidad del hospital.

En conclusión, los administrativos contables en hospitales tienen un papel multifacético y de gran envergadura. Su labor es esencial para garantizar que los recursos financieros se utilicen de manera eficiente en beneficio de la atención médica de calidad y, en última instancia, para el bienestar de la comunidad a la que sirve el hospital. Su impacto en el entorno hospitalario es innegable y merece reconocimiento y aprecio.

2 Objetivos

1. Analizar los derechos del administrativo en el área contable de un hospital, indicando los derechos que garantizan un entorno laboral adecuado y condiciones justas para estos profesionales.
2. Identificar los deberes éticos y funcionales que rigen su desempeño, detallando las responsabilidades éticas y funcionales que estos profesionales deben cumplir para garantizar la eficiencia en la gestión financiera del hospital.
3. Resaltar la relevancia de estos derechos y deberes para la operación hospitalaria, subrayando cómo el respeto por estos derechos y el cumplimiento de estos deberes contribuyen a la integridad financiera y la calidad de la atención médica en el hospital.

3 Metodología

Este estudio se ha llevado a cabo mediante una revisión exhaustiva de la literatura especializada en gestión hospitalaria y ética profesional en el área contable. Se han consultado documentos normativos y éticos relacionados con la confidencialidad de datos médicos y financieros.

4 Resultados

Derechos del Administrativo en el Área Contable de un Hospital:

1. Derecho a un Ambiente Laboral Seguro: El administrativo tiene el derecho fundamental a trabajar en un entorno seguro y saludable. Esto implica que el hospital debe proporcionar las condiciones necesarias para prevenir riesgos laborales y garantizar la seguridad en el trabajo.
2. Derecho a la Formación Continua: Es esencial que el administrativo reciba oportunidades de capacitación y desarrollo profesional para mantener sus habilidades actualizadas y adaptarse a las regulaciones cambiantes y las mejores prácticas.
3. Derecho a la No Discriminación: El administrativo debe ser tratado con igualdad y respeto, sin discriminación por motivos de género, raza, religión, orientación sexual u otras características personales.
4. Derecho a la Privacidad: Dado que manejan información financiera y médica confidencial, tienen el derecho y la responsabilidad de acceder y utilizar esta información solo para fines laborales legítimos, manteniendo la privacidad de los registros y datos del paciente.

Deberes del Administrativo en el Área Contable de un Hospital:

1. Cumplimiento de las Regulaciones y Normativas: Deben conocer y cumplir todas las regulaciones y normativas relacionadas con la contabilidad hospitalaria, incluyendo las leyes de protección de datos y las regulaciones fiscales.
2. Mantenimiento de la Exactitud y Precisión: Es fundamental que el administrativo registre de manera precisa y oportuna todas las transacciones financieras. Cualquier error o inexactitud podría tener un impacto significativo en la salud financiera del hospital.
3. Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información financiera y médica de los pacientes es un deber ético primordial. No deben divulgar ni compartir información sin la debida autorización legal.
4. Colaboración Interdepartamental: Deben trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como recursos humanos, facturación médica y administración, para garantizar una gestión financiera efectiva y una comunicación fluida.
5. Ética Profesional: Los administrativos deben actuar con integridad y ética en todas sus actividades laborales. No deben participar en prácticas fraudulentas o poco éticas relacionadas con las finanzas del hospital.

Relevancia de los Derechos y Deberes:

El cumplimiento de estos derechos y deberes es esencial para la integridad fi-

nanciera y la calidad de la atención médica en el hospital. Además de asegurar una gestión eficiente de los recursos financieros, también contribuyen a mantener la confianza de los pacientes y la comunidad en general en la institución hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El papel desempeñado por el administrativo en el área contable de un hospital es de una trascendencia indiscutible. Más allá de su función como guardianes de la integridad financiera, estos profesionales son los pilares que sustentan la operación diaria del hospital, influenciando no solo su eficiencia económica, sino también su ética y su capacidad para brindar atención médica de calidad.

La comprensión y el respeto de los derechos y deberes de estos administrativos son esenciales para un desempeño óptimo en su rol. La responsabilidad de mantener registros financieros precisos, gestionar cuentas y contribuir a la planificación presupuestaria no solo tiene un impacto financiero directo, sino que también respalda la misión del hospital de proporcionar atención de salud a la comunidad. Además, su papel incluye el manejo de información delicada, lo que exige un alto estándar ético.

En resumen, el administrativo contable de un hospital es un engranaje esencial que garantiza la estabilidad financiera y la ética en la atención médica. Su comprensión de sus derechos y deberes y su compromiso con la excelencia en su función son pilares cruciales para el funcionamiento exitoso y ético de la institución hospitalaria.

6 Bibliografía

- "Gestión Hospitalaria y Sanitaria" de Gustavo Malagón-Londoño
- "Ética y Valores en la Gestión Sanitaria" de José María Múgica, Pilar Baylina, y Emilio Martín-Moreno
- "Contabilidad Hospitalaria" de José López Cordovilla
- "La Gestión de Recursos Humanos en el Sector Sanitario" de Jesús Molina Franco
- "Protección de Datos en el Ámbito Sanitario" de Mar López

Capítulo 446

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DEL ADMINISTRATIVO EN LA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE UN HOSPITAL

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

MARIA JESUS MORA HIDALGO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

SILVIA CARRION PARDO

1 Introducción

En el complejo entorno de la atención médica, los administrativos en un hospital representan un eslabón vital en la cadena de servicios de salud. Su función abarca una amplia gama de actividades y responsabilidades que son esenciales para el funcionamiento diario y la consecución de los objetivos de la institución.

Una de las tareas fundamentales de los administrativos es la gestión de la documentación médica y financiera. Esto implica mantener registros precisos de pacientes, facturación, seguros de salud y otros aspectos administrativos relacionados con la atención médica. Esta documentación es crucial para garantizar la continuidad de la atención y facilitar los procesos de facturación.

Además, estos profesionales desempeñan un papel central en la coordinación de agendas y horarios, asegurando que las citas médicas y los procedimientos se lleven a cabo de manera eficiente y sin retrasos, lo que es esencial para la satisfacción de los pacientes y la optimización de los recursos del hospital.

La interacción con pacientes y sus familias es otra parte importante de su trabajo. Brindan información sobre procedimientos médicos, costos y seguros, ofreciendo un apoyo esencial en un momento crítico para los pacientes y sus seres queridos.

Por último, los administrativos también desempeñan un papel importante en la gestión de inventarios y en la coordinación de recursos materiales necesarios para la atención médica, como suministros, equipos y medicamentos.

En resumen, los administrativos hospitalarios son pilares fundamentales para el funcionamiento efectivo de la institución de atención médica. Sus responsabilidades abarcan desde la gestión de registros hasta la coordinación de recursos, y su interacción con pacientes y personal médico es crucial para el éxito de la atención médica proporcionada por el hospital. Su contribución, aunque a menudo pasa desapercibida, es esencial para brindar atención de calidad a la comunidad.

2 Objetivos

1. Examinar las actividades clave de los administrativos en el entorno hospitalario, proporcionando una visión general de las tareas que llevan a cabo los administrativos en un hospital.
2. Destacar la importancia de su rol en la gestión y eficiencia del hospital, resaltando cómo su contribución es esencial para el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención médica.
3. Resaltar la versatilidad de sus funciones en diversas áreas, mostrando cómo los administrativos se desempeñan en una amplia gama de funciones que abarcan desde la gestión de registros hasta el apoyo logístico y la comunicación.

3 Metodología

Este resumen se sustenta en una rigurosa revisión de la literatura especializada en gestión hospitalaria, enriquecida con valiosas perspectivas obtenidas a través de entrevistas con experimentados profesionales de la salud y competentes administrativos hospitalarios. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

Se ha realizado un contenido diversificado en 3 puntos diferentes que se han establecido como objetivos para abarcar toda la materia estudiada.

4 Resultados

Gestión de Registros y Documentación: Los administrativos en hospitales se encargan del mantenimiento y actualización de registros médicos y financieros. Esto incluye la organización de documentos críticos para el seguimiento de pacientes y la gestión financiera.

Apoyo a la Gestión Financiera: Los administrativos colaboran en el procesamiento de facturas y registros contables, lo que contribuye directamente a la gestión financiera del hospital. También están involucrados en la elaboración de presupuestos y la gestión de la facturación y los seguros médicos.

Atención a Pacientes y Visitantes: Recepcionan a pacientes y visitantes, brindando orientación y apoyo en la coordinación de citas médicas. Además, ayudan en trámites relacionados con seguros médicos y pagos hospitalarios.

Coordinación de Recursos Humanos: Los administrativos desempeñan un papel en la coordinación de recursos humanos, asistiendo en el proceso de selección y contratación de personal, manteniendo registros de asistencia y colaborando en la gestión de nóminas y beneficios.

Comunicación y Correspondencia: Gestionan la comunicación interna y externa, manejando correos electrónicos, llamadas telefónicas y elaborando comunicados internos y externos. Además, coordinan agendas y programan reuniones.

Apoyo a la Gestión Logística: Gestionan suministros y pedidos de material de oficina, asegurando que haya suministros suficientes para las operaciones hospitalarias. También se encargan del control y distribución del inventario de suministros médicos.

Cumplimiento de Regulaciones y Normativas: Aseguran que las políticas y procedimientos hospitalarios se cumplan adecuadamente. Colaboran en la preparación de informes y documentación necesaria para auditorías y revisiones de calidad.

Uso de Tecnología: Utilizan software y sistemas de gestión hospitalaria para mantener registros y realizar tareas administrativas. Además, colaboran en la resolución de problemas técnicos relacionados con sistemas informáticos.

Colaboración Interdepartamental: Trabajan en estrecha colaboración con otros departamentos, como enfermería, administración, recursos humanos y contabilidad, para facilitar la comunicación y el flujo de información, asegurando una operación hospitalaria eficiente.

Ética y Confidencialidad: Mantienen altos estándares éticos y garantizan la confidencialidad en el manejo de información médica y financiera de pacientes, lo que es fundamental para la confianza del paciente y el cumplimiento de las regulaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los administrativos hospitalarios desempeñan un papel polifacético y verdaderamente esencial en el entramado de una institución de atención médica. Su versatilidad se refleja en su habilidad para gestionar una amplia gama de tareas, desde la administración de documentos médicos y financieros hasta la coordinación de horarios y recursos materiales. Esta versatilidad les permite ser un nexo clave entre el personal médico y los pacientes, brindando apoyo y asegurando que los procesos fluyan sin problemas.

Su ética profesional es fundamental, ya que trabajan con información confidencial y toman decisiones que impactan en la eficiencia operativa y la calidad de la atención. Su capacidad para manejar estas responsabilidades de manera ética y efectiva contribuye directamente a la reputación y el éxito del hospital.

En resumen, los administrativos hospitalarios son actores cruciales en la entrega de atención médica de calidad y en la optimización de los recursos hospitalarios. Su versatilidad, ética y capacidad para abordar diversas tareas hacen que sean un activo invaluable para la institución y, en última instancia, para la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

- "Gestión Hospitalaria" de José Ramón Padilla Garrigues
- "Gestión de Suministros en Hospitales" de José Antonio Blasco Martel
- "Tecnología de la Información en Salud" de María Jesús Serrano García
- "Documentación Clínica y Archivo" de Rosa Isabel Salazar García
- "Administración y Gestión en los Servicios de Salud" de José Dávalos Yepes

Capítulo 447

EL TELEFONISTA Y LAS TÉCNICAS PARA MEJORAR EL ESTRÉS LABORAL EN SU PUESTO DE TRABAJO

RAQUEL VELASCO MAÑAS

1 Introducción

Actualmente se contempla que el estrés es la enfermedad del S. XXI la que provoca numerosas enfermedades si no se trata como es debido, así lo han manifestado expertos de la salud.

En este artículo nos centraremos en mejorar las situaciones de estrés ocasionadas de un telefonista en un centro de salud u hospital. Para ello comenzaremos conociendo que es exactamente el estrés.

El estrés es una situación tensa en el que el cerebro y el cuerpo responden a un reto o presión, positivo o negativo, liberando una serie de hormonas que le pondrán en alerta para poder actuar. Estas hormonas podrían elevar la presión arterial, el azúcar en sangre y la frecuencia cardíaca.

Un estrés normal puede ser positivo para la persona que lo padece, en cambio si se sufre un estrés negativo o en exceso puede acarrear enfermedades, entre ellas la ansiedad.

En nuestra vida diaria todos nos estresaremos de alguna manera, hay que hacer hincapié en los diferentes tipos de estrés; el que ocurre de vez en cuando o el que se repite en el tiempo.

Además no todo el estrés que se padezca es negativo, puede ayudarnos a sobrevivir en una situación de alto riesgo. Por ejemplo: cuando se produce algún sobresalto inesperado.

Lo que sí afirman los especialistas es que el estrés a largo plazo puede perjudicar la salud de la persona.

Uno de los entornos en los que se produce es en el laboral. Dentro del ámbito sanitario se generarán situaciones de tensión lo que propiciará su aparición. En la mayoría de casos puede deberse a la alta demanda de pacientes o usuarios que desean tener una respuesta rápida a sus necesidades o bien resolver alguna situación.

Además de la atención al paciente existen los llamados estresores. Para poder entenderlo según expertos se clasifican de la siguiente manera:

- Relacionados con la organización. En este primer apartado entran los turnos, el trabajo nocturno y la ampliación de la jornada laboral.
- Relacionados con la labor que se realiza. Carga excesiva, contenido de la faena, ritmo del trabajo entre otras.
- Relacionados con el ambiente físico. Iluminación de la sala, ruido y temperatura. Cercanía a peligrosidad.

Los estresores podrán ser el motivo de que los trabajadores crean que no puedan realizar correctamente su labor afectando a su bienestar.

2 Objetivos

Describir una serie de técnicas para mejorar las situaciones de estrés en el puesto de trabajo del personal telefonista.

3 Metodología

Para poder desarrollar este artículo de investigación se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva a través de las principales bases de datos en Internet escogiendo artículos publicados y revisados.

Se han buscado las siguientes palabras clave: estrés- estresores-mejoras- tarea-estrés laboral- técnicas.

4 Resultados

“El estrés laboral es una de las consecuencias de la exposición a riesgos psicosociales, se genera debido a una situación laboral en la que se dan unas condiciones adversas o desfavorables”, así lo afirma el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.

Para poder mejorar esta situación laboral si se da el caso, es necesario poner en práctica diferentes técnicas para reducirlo en lo posible, daremos a conocer una serie de consejos para paliarlo.

- Organizar el trabajo. Planificar la jornada laboral.
- Metas claras y realistas. Llevarlas a cabo siempre y cuando sean alcanzables.
- Desconectar. Necesario en nuestra jornada laboral. Tomarse el descanso que corresponda con la jornada laboral. Además de hacer pequeños parones cuando sea posible, como por ejemplo levantarse para ir a por un vaso de agua o conversar brevemente con un compañero de trabajo hará que desconecte la mente y rindamos mejor.
- Saber delegar. Sobre todo cuando existe una carga excesiva de trabajo.
- Ser asertivo/a en el momento de decir cuando algo molesta e impide realizar la tarea. Ruidos, conversaciones entre compañeros y por teléfono.
- Tener un buen descanso fuera del horario laboral es fundamental. Dormir las horas necesarias para rendir al día siguiente, realizar ejercicio físico o practicar algún hobby que nos siente bien, son algunas de las pautas para estar descansado y llevar la rutina diaria de la mejor manera posible.
- Comer de forma saludable. Una dieta equilibrada nos aportará beneficios para la salud para llegar a un equilibrio físico-mental.

Las técnicas anteriormente descritas están encauzadas básicamente a conseguir una mejora en el estrés laboral ocasionado en el puesto de trabajo para así alcanzar una calidad laboral.

5 Discusión-Conclusión

El/la telefonista de un hospital o centro de salud tiene la labor de atender la central telefónica en la mayor brevedad posible y cortesía, transferir la llamada y la de realizar las que le soliciten. Además de esta función principal está, entre otras, la de rellenar en las plantillas correspondientes los números de extensiones asignados a diferentes áreas que según los días de consulta podrán ser modificados y así realizar correctamente el enlace telefónico requerido.

Una mayor demanda en el servicio derivará a situaciones de estrés y tensión que disminuirán el rendimiento laboral del trabajador. Por ello sería de vital importancia instaurar un protocolo de medidas para hacer frente al estrés ocasionado o dotar de nuevo personal en momentos de saturación y alta demanda en centros sanitarios, para conseguir el bienestar laboral del telefonista y del paciente que desea ser atendido telefónicamente.

Para terminar resaltaremos que el telefonista de un centro sanitario tiene las herramientas para hacer frente a situaciones de estrés con el fin de dar una respuesta satisfactoria al paciente o usuario.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/stress.html>
- <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/>
- <https://blog.eclass.com/estres-laboral-conoce-sus-efectos-y-como-afrontarlos>
- <https://www.bachrescue.com/es-es/explora/blog/2021/como-reducir-el-estres-laboral-8-consejos-para-combatirlo/>
- <https://www.euroinnova.edu.es/>

Capítulo 448

MEJORAR LA POSTURA CORPORAL PARA CONSEGUIR UN BUEN RENDIMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO DE TELEFONISTA DE UN HOSPITAL

RAQUEL VELASCO MAÑAS

1 Introducción

La mayor parte de la jornada laboral de un/una telefonista en el hospital la pasa sentado atendiendo las llamadas tanto externas como internas del centro sanitario. La forma de sentarse, de coger el teléfono o trabajando en el ordenador puede afectar a la postura corporal de la persona. Y es que adoptar malos hábitos posturales podrían generar en dolores de espalda y cervicales. Por eso es prioritario conocer como cuidar la espalda y no forzar posturas que podrían desencadenar en lesiones.

El trabajo de un/una telefonista requiere de una higiene postural sana. En este artículo daremos a conocer una serie de medidas para poder evitar las molestias de espalda con el fin de conseguir un buen rendimiento en el puesto de trabajo y evitar en la medida de lo posible absentismo y bajas laborales. Para lograr una higiene postural sana deberemos guiarnos y seguir los consejos que nos recomiendan expertos como son los fisioterapeutas para así evitar malas posturas y en el caso de que aparezcan lesiones que poder hacer para seguir desarrollando nuestro trabajo de la manera más eficaz. Además de las medidas para

no lesionarse cuando el telefonista se encuentra realizando sus tareas, será importante llevar un estilo de vida sano, evitando el sedentarismo y hacer ejercicio moderado como puede ser caminar o nadar.

2 Objetivos

Dar a conocer algunas de las lesiones de espalda que pueden producirse por una mala postura en el puesto de trabajo de la persona telefonista.

- Exponer las medidas que son apropiadas para evitarlas.

3 Metodología

Para poder desarrollar este artículo de investigación se ha realizado una búsqueda exhaustiva a través de las principales bases de datos en Internet, como PubMed, Medline y Scielo, escogiendo artículos publicados y revisados. Se han buscado las siguientes palabras clave: ergonomía, cervicalgia, lumbalgia, espalda, postura corporal.

4 Resultados

Antes de entrar en materia explicaremos que se entiende por postura corporal:

Es como se mantiene o sostiene el cuerpo de una persona, existen dos tipos:

- Una de ellas es la postura dinámica, es la que se sostiene al moverse, por ejemplo, cuando una persona camina o se agacha para recoger algo del suelo.
- La otra postura se denomina estática, y es como se mantiene cuando se mueve, al estar sentado, durmiendo o de pie.

Es de vital importancia mantener un equilibrio entre la postura dinámica y la estática. Para conseguir una adecuada postura será la de mantener una correcta posición de la columna vertebral de la persona.

La postura puede afectar negativamente a la salud. Una incorrecta postura podrá producir un desgastamiento de la columna, debilitándola y siendo más susceptible a lesiones. Se pueden generar las dolorosas contracturas tanto en las cervicales, hombros y espalda en general. Una inadecuada postura podrá aminorar la flexibilidad del cuerpo. Además, podría dificultar la respiración. Estas son algunas de las dolencias más típicas de una mala postura en el puesto de trabajo de una persona telefonista.

Con el fin de evitar las lesiones habrá que tener siempre en cuenta la postura corporal:

- Mantenerse activo es otra de las recomendaciones útiles para prevenir, en lo posible, dolencias, como caminar, nadar, yoga, son algunos deportes que fortalecerán nuestro cuerpo a nivel general, sobre todo nuestra espalda.
- Otro de los consejos es el de mantener un peso saludable, ya que el sobrepeso podrá debilitar nuestra musculatura, especialmente la zona lumbar de la espalda.
- El uso de zapatos cómodos con poco tacón podrá beneficiar nuestra espalda.
- Además, será importante asegurarse de que nuestra mesa en el trabajo esté a una altura correcta para poder realizar las tareas de una forma cómoda.

La persona telefonista pasa mucho tiempo sentada, para prevenir lesiones y mejorar la postura, se recomienda:

- Cambiar a menudo de posición.
- Levantarse cuando le sea posible y caminar brevemente por la sala donde esté trabajando.
- Para aliviar la tensión muscular será idóneo estirar paulatinamente sus músculos, tanto del cuello, brazos y espalda, como también relajarlos.
- Los pies deberán tocar el suelo, si no es así, será conveniente usar un reposapiés.
- No cruzar las piernas mientras esté sentado, las caderas se mantendrán bien apoyadas al asiento.
- La espalda deberá tener un apoyo adecuado, bien con la silla ergonómica o utilizando una almohada para la parte baja de la espalda y así evitar lumbalgias.
- Los codos deberán estar cerca del cuerpo entre 90 y 120 grados.
- La pantalla del ordenador estará colocada frente al trabajador para evitar girar el cuello con frecuencia, además de eliminar los reflejos y a una distancia de 50 cm aproximadamente.

El principal trabajo de un/una telefonista es el de atender las llamadas telefónicas. Para no lastimar las cervicales y los hombros a la hora de coger el teléfono no será aconsejable usar una sola mano para mantener el dispositivo, si cogemos el teléfono con la mano izquierda usaremos la derecha para sostener el codo izquierdo. Aunque lo más idóneo será utilizar auriculares con micrófono para atender las llamadas, actualmente este tipo de dispositivo es el más usado en hospitales y centros de salud, siendo la manera más cómoda que no provocará lesiones para trabajar como telefonista.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta ergonomía en el puesto de trabajo de la persona telefonista hará aumentar su rendimiento y con ello favorecerá al trabajador, paciente y hospital. Según un estudio realizado por Fellowes en 2017, fabricantes de equipos de oficina, un tercio de las bajas laborales son por falta de ergonomía en el trabajo. Este informe sostiene que el coste de bajas laborales en nuestro país fue de casi ocho mil millones de euros y cerca de mil doscientos fueron por lesiones producidas por la mala ergonomía en la oficina. Para evitar que esta situación siga ocurriendo, debemos aplicar pautas aconsejadas por profesionales de la salud y si ocurriesen paliar sus efectos lo antes posible, con el fin último de poder desarrollar las tareas de manera eficaz y conseguir un alto rendimiento en nuestra vida laboral.

6 Bibliografía

1. <https://fiorp.org/ergonomia-como-mejorar-la-postura-en-el-trabajo/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/guidetogoodposture.html>.
3. <https://mitsloanreview.mx/capital-humano/12-consejos-de-los-ergonomistas-para-teletrabajar-y-no-lesionarse-en-el-intento/>.
4. <https://blog.cador.es/bajas-laborales-causadas-por-la-falta-de-ergonomia-en-el-puesto-de-trabajo>.

Capítulo 449

MÉTODOS ORIENTADOS A LA PERSONA TELEFONISTA PARA ALCANZAR UNA COMUNICACIÓN EFICAZ CON EL/LA PACIENTE O USUARIO/A EN UN CENTRO SANITARIO

RAQUEL VELASCO MAÑAS

1 Introducción

En este capítulo daremos las claves para obtener una comunicación eficiente con el/la paciente o usuario/a en el servicio de salud. Ser una persona asertiva y empática será esencial para conseguir el éxito en relacionarse con los demás.

El/la telefonista juega un papel importante ya que probablemente sea la primera persona del centro con la que contacte el usuario/a o paciente. La comunicación telefónica es fundamental en la atención sanitaria, como ya se pudo comprobar en la situación vivida de la pandemia del Covid-19, sin la necesidad de acudir en persona al centro sanitario.

La comunicación es un procedimiento que posibilita el intercambio de información para dar lugar a una relación entre varias personas. Para comunicarse es necesario que cooperen los diversos elementos:

Emisor: sujeto que transmite el mensaje.

Receptor: recibe la información.

Código: símbolos o signos que utiliza el emisor.

Mensaje: contenido que se comunica.

Canal de comunicación: a través de él se transmite el mensaje. En el trabajo del telefonista será el teléfono el medio físico por donde se dará a conocer la información.

Ruido: durante la comunicación pueden producirse sonidos externos que puedan distorsionar el mensaje que se quiera enviar.

Retroalimentación o feedback: la respuesta que se da.

En la atención telefónica lo más probable es que no se conozca a la persona con la que se está tratando. Es por ello que la voz del telefonista es fundamental para poder entablar una buena comunicación con el/la interlocutor/a, el cual espera encontrar una voz agradable, que le preste atención y le solvete los problemas que pueda tener.

Una correcta modulación de la voz ofrecerá confianza y conseguirá que le escuchan con detenimiento y atención. Para alcanzar un adecuado tono de voz habrá que tener en cuenta lo siguiente:

- Conversar con lentitud y sinceridad para conseguir la confianza del receptor.
- Resaltar algunas palabras para crear más impresión y así captar su atención.
- Vocalizar correctamente las palabras.
- No pronunciar ciertas muletillas como son “eeh”, “umm”, “aah”.

De esta forma conseguiremos una adecuada comunicación con nuestro receptor por teléfono.

El/la telefonista debe distinguir el carácter del paciente o usuario/a para relacionarse correctamente.

2 Objetivos

Describir los métodos orientados a desarrollar y conseguir las habilidades necesarias para una adecuada atención telefónica en el centro sanitario.

3 Metodología

Para poder desarrollar este artículo de investigación se ha realizado una búsqueda exhaustiva a través de las principales bases de datos en Internet escogiendo artículos publicados y revisados.

Se han buscado las siguientes palabras clave: comunicación – paciente – telefonista - atención telefónica – voz- asertividad – habilidades- empatía- .

4 Resultados

Las habilidades o competencias comunicativas son las facultades que tiene un individuo para comunicarse de forma eficaz, precisa y efectiva. Poseerlas hará posible el éxito en las relaciones con los demás a nivel social y profesional. Desarrollar estas habilidades posibilitará obtener una adecuada y eficaz comunicación que no solo potenciará las relaciones personales sino también las del ámbito laboral.

Conoceremos las habilidades comunicativas básicas:

1.Escucha: es la que posibilita facilitar atención al oyente. En esta habilidad interviene cómo y qué expresa.

2.Empatía: es la facultad de que tiene un individuo para ponerse en la situación del otro. En otras palabras, es la aptitud de poder entender las emociones de la otra persona. Es una capacidad vital en nuestra sociedad actual. Una persona empática debe reunir las siguientes características:

- Ser sensible y comprender los sentimientos de los demás; el inconveniente que existe es el de involucrarse demasiado en el caso.
- Escuchar de forma activa, analizando en todo momento lo que siente el interlocutor.
- No ser radical. Buscar siempre una solución intermedia.
- Ser una persona respetuosa con los demás y también tolerante.
- Pensar que son buenas personas. Aunque no las conozcan.
- Dejar al lado sus propios intereses y opiniones para ayudar.
- Ser muy cuidadoso/a en el momento de expresarse, midiendo siempre sus palabras para no hacer daño.
- Tratar a las personas de acuerdo con su situación. Entender que cada persona “es un mundo”.

Ser empático/a tiene muchos beneficios, entre los principales está el de sentirse a gusto consigo mismo, intentar ser de gran ayuda y respetar a los demás aunque

tengan otro punto de vista de su situación. Propicia un buen desarrollo personal y emocional.

3.Comunicación oral. La información que se da es verbalizada. Siendo importante ser directo y claro a la hora de comunicarse, vocalizando correctamente y controlando el tono de la voz.

4.Comunicación no verbal o lenguaje corporal. Es el utilizado sin usar las palabras a través de gestos faciales, posturas... es un tipo de comunicación que en el trabajo del/de la telefonista no se mostrará al interlocutor/a.

Para conseguir calidad en la atención telefónica conoceremos otra habilidad, como es la asertividad.

Ser una persona asertiva es transmitir un mensaje siendo firme, respetuoso y empático con los demás. La asertividad es una manera de reaccionar frente a los conflictos controlando de forma efectiva la comunicación con los demás.

Contestar al teléfono es parecido a abrir la puerta a una persona. Lo primero que haremos será responder antes del tercer timbre. Nos centraremos solamente en el interlocutor, dejando todo lo que estemos haciendo en ese momento. Emplearemos un tono de voz bajo, hablando despacio y vocalizando correctamente. Con el fin de mejorar el tono, sonreiremos a la vez que hablamos ya que se conseguirá una voz mucho más agradable. Para terminar la llamada no colgaremos el teléfono de forma brusca. Conversar telefónicamente no tiene que ser excusa para ni ser directo ni incorrecto. Se buscará dar en todo momento una atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Las habilidades comunicativas son la clave para alcanzar la atención de calidad por teléfono que queremos conseguir. El/la telefonista tendrá que desarrollarlas para obtener ese entorno de confianza con el interlocutor. En el caso que mostrara enfado por una situación generada con el centro de salud, el telefonista deberá ser empático, comprensivo y resolver el problema, si está en sus manos, para conseguir que la persona esté tranquila y contenta a la vez.

Llevar a cabo las competencias comunicativas hará que mejore la autoestima, afrontando de mejor manera cualquier conversación o discusión que se pueda producir.

Para conseguir una comunicación eficiente, el centro sanitario debería facilitar a los/as telefonistas y demás personal, cursos de formación para conocer las habilidades mencionadas, siendo de gran importancia a nivel profesional ya que

beneficiará tanto al trabajador/a como al paciente o usuario/a.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.todamateria.com/que-es-la-comunicacion/>
- 2.<https://www.martapinillos.com/como-modular-tu-voz-para-una-comunicacion-eficiente/>
- 3.<https://cvapp.es/blog/habilidades-comunicativas>
- 4.<https://www.psicoglobal.com/blog/empatia-desarrollo>
- 5.<https://agenciacomma.com/formacion-en-comunicacion/comunicacion-no-verbal/>
- 6.ArmandBalsebre. El lenguaje radiofónico. Ediciones Cátedra Grupo Anaya, S.A. 2000.

Capítulo 450

DEPORTE Y LONGEVIDAD

JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO

1 Introducción

Una gratificante vida social, combinada con la realización de actividad física, son la receta perfecta para alargar la vida. Hacer deporte y tener vida social son la combinación perfecta para alargar la vida.

Socializar nos permite compartir nuestras emociones, tanto positivas como negativas, haciendo que nos sintamos más felices, optimistas y/o aliviados. La soledad es una pobre compañera de vida, acrecentando las posibilidades de sufrir déficits cognitivos y enfermedades cardiovasculares.

Practicar deporte es el medio de mantener un estilo de vida saludable, aportando, de forma general, beneficios para la salud (a nivel físico previene de padecer las enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, y, su práctica, varias veces por semana, retrasa el envejecimiento del corazón).

Algunas razones para practicar una actividad deportiva son: escapar del sedentarismo; reducir el estrés, promoviendo la relajación y la felicidad, ya que regula los niveles de serotonina, aumentando las endorfinas y disminuyendo el cortisol; mejorar la forma física y/o corporal, aumentando nuestra fuerza en el tren superior e inferior, así como favoreciendo la pérdida de peso o el mantenimiento del “peso ideal”; y pasarlo bien. A estas, debemos sumar el aumento de la esperanza de vida, según han demostrado estudios recientes.

Apostar por hábitos de vida saludable y la práctica regular de ejercicio físico es clave para conseguir un envejecimiento activo, que nos permita tener calidad de vida.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios para la longevidad, así como para el envejecimiento activo, de la práctica de deporte.
- Conocer las mejores actividades físicas para alargar la esperanza de vida.
- Describir cuáles son las actividades físicas más efectivas para vivir más años.

3 Metodología

Se ha efectuado una revisión bibliográfica sistemática, efectuando la consulta de manuales científicos, sanitarios y deportivos, así como guías técnicas, seleccionando artículos relacionados con actividad física y aumento de la esperanza de vida, en concreto con las palabras clave deporte y longevidad.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Los efectos favorables del ejercicio físico en la salud son muchos, entre ellos, descritos en diversos estudios, los siguientes:

Mejora el bienestar psicológico y cognitivo, aumentando la atención, memoria y concentración, así como capacitando para una mejor resolución de conflictos.

Mejora las áreas del lenguaje.

Mejora el bienestar físico, gracias al aumento de la fuerza muscular y la movilidad funcional, también por el fortalecimiento del corazón, que aumenta de tamaño, consiguiendo así una disminución de su esfuerzo, permitiendo a los músculos captar más oxígeno. Aumenta el número de mioglobina, proteína que favorece la sincronización entre músculos y corazón.

El trabajo aeróbico incrementa el total de capilares sanguíneos, favoreciendo el intercambio de oxígeno, nutrientes, redundando en una mejora de la presión arterial (tanto en la tensión sistólica como en la diastólica).

Hace crecer la masa muscular, acentúa la captación de aminoácidos y la síntesis proteica, amplía la cantidad de minerales, incluido el calcio, presentes en los huesos, aumentando la densidad y evitando la osteoporosis.

Controla la glucosa, reduciendo su exceso en sangre, que resulta tóxica, optimizando la eficiencia energética del cuerpo, ya que, además, genera nuevas mitocondrias en las células, que son las encargadas de la transformación del oxígeno

en energía; aumenta las calorías gastadas y disminuye la grasa corporal, intensificando el bienestar psicológico y prolongando la vida independiente.

Se recomiendan ejercicios aeróbicos entre 150 y 300 minutos semanales, o, en su defecto, de 75 a 130 minutos de aeróbico activo.

Fomenta el nivel de autoaceptación y propósito en la vida (aunque los que no se relacionan tienen menos bienestar psicológico).

Los deportistas se perciben como más felices que las personas sedentarias.

Fomenta el envejecimiento activo, mejorando la calidad de vida y la salud, debido a que lleva aparejada la adquisición de mejores hábitos nutricionales, un perfeccionamiento del equilibrio emocional, gracias a la mayor participación en actividades culturales y sociales, y, por todo ello, tiene efectos positivos a nivel intelectual y, por tanto, un enriquecimiento de la calidad de vida en la vejez.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez se vive más años, el 10% de la población es mayor de 60 años. En el próximo medio siglo este número se cuadruplicará en los países del primer mundo. El sistema sanitario no está preparado para hacer frente a los gastos médicos que generará una población anciana aquejada de los problemas de salud conocidos como síndromes geriátricos.

Resulta obligado darse cuenta de que es necesario conseguir un envejecimiento exitoso. Ya que el envejecimiento es un proceso biológico que produce cambios funcionales y estructurales en nuestro cuerpo, llamaremos exitoso a aquel en el que solo se experimentan los cambios naturales de la edad, sin la manifestación de enfermedades degenerativas crónicas (como la diabetes, hipertensión, osteoporosis, etc.).

Son varios los factores que influyen en la salud, por supuesto uno es el componente genético, pero también el entorno, tanto el físico (vecindario, ciudad, país...), como el social (la familia, el círculo de amigos, la comunidad). Otro factor es la actividad física, seguramente el que podemos cambiar con mayor facilidad, por lo que es muy sensato apostar por él para lograr una vida longeva, pero sobre todo, de calidad.

Actividad física es cualquier movimiento en nuestra vida cotidiana. Una actividad moderada y/o intensa, mejora la salud, tanto a nivel mental, disminuyendo los niveles de estrés, como a nivel físico, ayudándonos a mantener un peso saludable y previniendo y controlando enfermedades (del tipo no transmisibles), como las cardíacas, cerebro-vasculares, algunos tipos de cáncer, diabetes e hipertensión.

No obstante, debemos asegurarnos de una práctica adecuada e individualizada a

nuestras características personales, para garantizar que obtengamos beneficios de una manera segura y saludable.

Aunque la práctica no supervisada está muy extendida, es recomendable consultar y seguir las indicaciones de un profesional, por seguridad y efectividad. Es fundamental la reducción de los niveles de sedentarismo, por ser un factor de riesgo.

Varios estudios han concluido que la actividad física amplía la longevidad en torno a la realización de 7000 u 8000 pasos diarios (o ejercicio físico entre 30 a 45 minutos/día). Realizar más no mejora significativamente la probabilidad de alargar la vida y puede, no obstante, ser contraproducente.

6 Bibliografía

1. López Álvarez, Mercedes; Torres García, Caridad; Madera Díaz, José A.; Crespo Hidalgo, Sonia. Efectividad del ejercicio físico en la longevidad. Policlínico “Hermanos Cruz”. Pinar del Río, 2003. Revista SciELO [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942005000200007
2. Reynolds, Gretchen. ¿Cuánto ejercicio tenemos que hacer para vivir más? The New York Times [21 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2021/09/21/espanol/como-vivir-mas.html>
3. Garatachea, Nuria. Ejercicio físico para vivir más años. [24 febrero 2022]. Publicación Universidad de Zaragoza.
4. Schnohr, Peter; O’Keefe, James H.; Lavie, Carl J. U-Shaped Association Between Duration of Sports Activities and Mortality: Copenhagen City Heart Study. [17 agosto 2021]. Mayo Clinic proceedings. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.05.028>
5. Fernández Palacios, Juan. Vida activa, longevidad sana. Revista Centro de Investigación Ageingnomics. Fundación MAPFRE. [2022].
6. Actividad física para un envejecimiento exitoso. Equipo de Coordinación Sociosanitaria del Gobierno Vasco. [17 abril 2023]. Artículo euskadi.eus.
7. Fairbank, Rachel. Clínica Clarín. Longevidad: entrenamiento de fuerza para vivir más y mejor. [31 octubre 2022].
8. Marcos Becerro, J. Francisco, and Delfín Galiano Orea. Ejercicio, salud y longevidad/. Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte, 2004. Print.
9. Vivo, Iván. Fisioterapeuta Deportivo y Osteópata. Las 5 claves de la longevidad en el deporte: Forever Young. Revista Sport Coach, [junio 2020].

Capítulo 451

LA LABOR ESENCIAL DEL CELADOR HOSPITALARIO: GARANTIZANDO LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL CENTRO DE SALUD

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

SARA JUAN GARCIA

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

JAVIER CRESPO NAVARRO

1 Introducción

La labor de un celador en el entorno hospitalario es de suma importancia, desempeñando un papel esencial que a menudo pasa desapercibido para el público en general. Estos profesionales son los pilares fundamentales que sostienen el funcionamiento eficiente y seguro de un hospital, trabajando incansablemente en una variedad de funciones que abarcan desde tareas logísticas hasta proporcionar apoyo emocional a los pacientes.

En este trabajo, exploraremos en detalle las múltiples funciones y responsabilidades que recaen sobre los hombros de un celador en el hospital. Desde el transporte seguro de pacientes y la gestión de suministros médicos hasta el mantenimiento de la limpieza y el orden en las instalaciones, los celadores desempeñan

un rol polifacético que contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento general del hospital.

Además, analizaremos cómo su labor tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica, la seguridad de los pacientes y la eficiencia operativa. Los celadores son verdaderos guardianes de la atención médica, garantizando que cada detalle se atienda con cuidado y precisión.

A medida que profundicemos en este tema, quedará claro que los celadores son figuras esenciales en el escenario hospitalario, desempeñando un papel silencioso pero fundamental en la misión de curar y cuidar. Su compromiso y dedicación son dignos de reconocimiento, y su labor es una parte integral de la experiencia hospitalaria que merece nuestra atención y respeto.

2 Objetivos

Exponer las funciones y responsabilidades genéricas que realiza un celador dentro de un centro hospitalario. Además de su labor y atención al paciente hospitalario.

3 Metodología

La metodología para abordar el estudio de las funciones del celador en el hospital implica una revisión exhaustiva de fuentes médicas y hospitalarias actualizadas. Se realizará una recopilación de información relevante sobre sus roles y responsabilidades. Luego, se analizarán los datos para identificar el impacto en la calidad de atención médica, utilizando estudios de casos y estadísticas hospitalarias como base de evaluación.

4 Resultados

Las funciones y responsabilidades del celador hospitalario son variadas y cruciales para el funcionamiento efectivo de un centro médico. A continuación, detallaremos algunas de las tareas clave que estos profesionales realizan:

Transporte Seguro de Pacientes: Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes de un lugar a otro dentro del hospital. Esto incluye el movimiento de pacientes en camillas, sillas de ruedas o en casos de emergencia, lo que requiere habilidades para garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes.

Mantenimiento de la Limpieza y el Orden: Los celadores contribuyen significativamente al entorno higiénico del hospital, asegurando que las áreas comunes, como pasillos y salas de espera, estén limpias y ordenadas. Esto es esencial para prevenir la propagación de infecciones.

Gestión de Suministros Médicos: Ayudan en la gestión de inventarios de suministros médicos, como batas, sábanas, toallas y equipos básicos. Mantener un suministro adecuado es fundamental para garantizar que el personal médico tenga acceso a lo necesario en todo momento.

Apoyo a Personal de Enfermería: Los celadores colaboran estrechamente con el personal de enfermería, asistiéndolos en la movilización de pacientes, la preparación de áreas para procedimientos y brindando apoyo emocional a los pacientes cuando sea necesario.

Atención al Detalle: Están atentos a los detalles, como identificar correctamente a los pacientes antes de cualquier procedimiento o administración de medicamentos, lo que contribuye a prevenir errores médicos.

Impacto en la Calidad de Atención Médica

El celador hospitalario desempeña un papel integral en la calidad de la atención médica y tiene un impacto directo en la experiencia del paciente y el funcionamiento general del hospital.

En primer lugar, al garantizar un transporte seguro y cómodo de los pacientes, los celadores contribuyen a la confianza y comodidad de los pacientes. Esto es especialmente importante en situaciones de emergencia, donde su capacidad para mantener la calma y la eficiencia puede marcar la diferencia en la estabilidad de un paciente.

La limpieza y el orden mantenidos por los celadores son esenciales para prevenir infecciones nosocomiales y garantizar un ambiente hospitalario seguro. La higiene es una parte fundamental de la atención médica, y un entorno limpio y ordenado es esencial para la recuperación de los pacientes.

Además, su colaboración con el personal de enfermería y la atención meticulosa a los detalles reducen significativamente el riesgo de errores médicos, como la administración incorrecta de medicamentos o la confusión de pacientes. Esto se traduce en una atención más segura y eficaz.

En resumen, el trabajo incansable de los celadores hospitalarios es un componente fundamental para la calidad de la atención médica. Sus múltiples responsabilidades contribuyen directamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento fluido y seguro de los hospitales, subrayando su importancia en el campo de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador hospitalario es insustituible en el entorno médico, y sus funciones y responsabilidades abarcan desde la seguridad de los pacientes hasta la eficiencia operativa de la institución. Su labor meticulosa y cuidadosa garantiza un transporte seguro, ambientes higiénicos y el funcionamiento fluido de los procedimientos médicos. Este nivel de compromiso tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica, ya que reduce los riesgos de errores y contribuye a la confianza y comodidad de los pacientes. Los celadores son, en definitiva, los guardianes silenciosos pero fundamentales que trabajan incansablemente detrás de escena para asegurar que la atención médica sea efectiva, segura y compasiva.

6 Bibliografía

https://ingesa.sanidad.gob.es/rrhh/OPE17_19ESTA17_18/doc/Celador/CUESTIONARIOCELADOR.pdf

Capítulo 452

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA HOSPITALARIA: FUNCIONES

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

MARTA SANCHEZ MORENO

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

1 Introducción

Los hospitales son instalaciones creadas para el cuidado y asistencia de los pacientes mediante la utilización de diversos profesionales que integran el equipo asistencial hospitalario (personal médico, enfermería, personal auxiliar y servicios técnicos las 24 horas del día, los 365 días del año, y que cuentan con tecnología, aparato instrumental apropiado y la farmacología).

El auxiliar administrativo es una de las personas que trabajan en los hospitales como personal no sanitario.

Además de brindar atención médica, los hospitales también brindan servicios de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación y atención, así como programas de educación para la salud y prevención de enfermedades.

El auxiliar administrativo en el área hospitalaria desempeña una tarea fundamental y crucial que conlleva mucha responsabilidad.

El auxiliar administrativo es miembro del equipo encargado de supervisar el ingreso de los pacientes así como toda la documentación clínica, protegiendo su privacidad y seguridad y así se crea tareas administrativas que son cruciales para el buen funcionamiento del hospital, incluida la respuesta a llamadas, la preparación y el procesamiento de datos de la computadora del paciente, la organización de archivos, la organización de informes y archivos, el registro de documentos, varios tipos de bases de datos y muchas otras tareas administrativas.

2 Objetivos

Promover la conciencia de la función crítica que desempeña el auxiliar administrativo en el ámbito hospitalario.

Enumerar las principales responsabilidades de un auxiliar administrativo que trabaja en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se realizó una investigación utilizando las principales bases de datos académicas, Pubmed, Medline y Scielo, así como una revisión bibliográfica de publicaciones científicas.

También se usó el principal buscador Google usando palabras relacionadas con el texto.

4 Resultados

El auxiliar administrativo tiene la tarea de realizar un seguimiento de los contactos y movimientos de atención de cada paciente dentro de su área de atención designada como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Al estar a cargo, deberán controlar los ingresos, traslados y altas.

Para simplificar el proceso de atención al paciente y avanzar en una atención adecuada y eficaz en el campo quirúrgico, es importante centralizar y mantener actualizado el registro de pacientes en espera de intervención quirúrgica, así como facilitar el apoyo organizativo e informativo a los servicios.

En el ámbito hospitalario, las responsabilidades principales de un auxiliar administrativo incluyen:

- Solicitud y planificación de ingresos.

- Seguir el protocolo de bienvenida a los pacientes y sus familiares.
- Minutos de reuniones.
- Enfoque público.
- Administrar su cama.
- Gestión de citas.
- Soporte telefónico.
- Un registro del episodio de hospitalización.
- Coordinación del proceso de atención dentro de la organización.
- Poner a disposición todos los materiales necesarios.
- Tener en cuenta a los pacientes que se encuentran en listas de espera quirúrgica.
- Realizar un seguimiento de llegadas, salidas y movimientos.
- Coordinar y comunicarse con otras instalaciones médicas para gestionar casos que necesitan atención inmediata en una instalación diferente o continuidad de la atención.
- Gestionar las solicitudes de asistencia y la documentación clínica requerida manteniendo la confidencialidad.
- Mantener informes y registros, registrando cualquier incidente que pueda ocurrir durante el curso de la atención.

La Ley incluye puntos claves con carácter general respecto de las funciones del auxiliar administrativo dentro del hospital:

- Son los encargados de dotar a las tareas de asistencia administrativa de la Institución del necesario apoyo material, capacitación y desarrollo.
- También realizan tareas de preparación y tratamiento de datos con fines informativos, así como funciones de secretaría de planta y servicios.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es responsable de gestionar todos los datos clínicos producidos por los pacientes durante todas las fases de su atención. Las tareas que debe realizar se centran principalmente en organizar toda la documentación de la historia clínica, así como en salvaguardar, gestionar y preservar la documentación que se acumula a lo largo de cada paso del proceso asistencial, dicha información previa solicitud de los usuarios que son los autores de cada historia o sus representantes autorizados.

Por ello, es crucial y necesario valorar y reconocer que el auxiliar administrativo es un actor clave en el entorno sanitario. Esto se debe a que los roles que desempeñan los auxiliares administrativos dentro de los hospitales son de suma importancia, ya que son los encargados de gestionar las citas de los usuarios,

gestionar y administrar los datos en el sistema informático, entre otras cosas. Al gestionar las citas de los pacientes con el personal médico, responder preguntas de los pacientes, familiares y otros usuarios, y preservar toda la información anterior del paciente, sirven como un canal de comunicación vital y ayudan al hospital a funcionar sin problemas utilizando una variedad de aplicaciones de software.

6 Bibliografía

1.<https://administracion.formacionalcala.es/funciones-del-auxiliaradministrativo-sanitario>

Capítulo 453

ATENCIÓN AL PACIENTE Y LAS FUNCIONES DE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

MARTA SANCHEZ MORENO

1 Introducción

La información que recibe el trabajador de la salud debe estar fácilmente disponible y en una forma que el auxiliar administrador de la salud pueda comprender las necesidades de cada paciente y los desafíos que implica realizar el procedimiento adecuado para mayor claridad y unas preocupaciones existentes sobre su salud.

El servicio al cliente es una de las principales responsabilidades de un auxiliar administrativo en el campo médico. Para poder afrontar situaciones que surgen en su vida diaria, así como en sus relaciones con pacientes, familiares y compañeros de trabajo, el personal de servicio debe poseer habilidades y competencias comunicativas.

La información que recibe el trabajador de salud debe estar fácilmente disponible y en un formato suficiente para mayor claridad para que el auxiliar administrativo de salud esté consciente de las necesidades del paciente y los desafíos que implica la realización del procedimiento. sospechas que ya se tenían sobre su salud.

El servicio al cliente es una de las principales responsabilidades de un auxiliar administrativo en el campo médico. Los trabajadores de servicios deben poder comunicarse de manera efectiva para abordar los problemas que puedan surgir en su vida diaria, así como en sus interacciones con clientes, familiares y compañeros de trabajo.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este capítulo son reconocer la función del auxiliar administrativo dentro de la industria de la salud y en el entorno de atención al paciente.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo actual de literatura científica. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura, se utilizó la función de búsqueda principal de Google para buscar "auxiliar administrativo y atención al paciente".

4 Resultados

Los profesionales deben estar capacitados en habilidades comunicativas como la empatía, la asertividad y la escucha activa para brindar un excelente servicio al cliente. Podemos lograr esto a través de una variedad de señales verbales y no verbales, como son:

- Señales no verbales: la comunicación no verbal puede tener lugar a través de una variedad de medios, que incluyen: contacto visual, expresiones faciales, movimientos de manos y brazos, distancia social o postura.
- Señales verbales: Comunicación a través del habla alude al lenguaje y la entonación que empleamos.

Los auxiliar administrativos de servicio al cliente realizan una variedad de tareas, que incluyen:

- Estar a cargo del registro y atención de nuevos pacientes del centro de salud.
- Informar a los pacientes y familiares cuando acuden al médico o ingresan a un establecimiento de salud.
- Realizan diversas tareas administrativas demandadas por diversos usuarios e intereses.
- Proteger los derechos de los usuarios y pacientes.
- Comprender y gestionar las sugerencias, reclamaciones y quejas realizadas por los distintos usuarios.
- Informarles de los servicios que pueden utilizar.
- Vigila y controla el acceso.
- Proporcionar atención y compañía a los pacientes y sus familiares.
- Recoger y gestionar quejas, reclamaciones y sugerencias de diversos usuarios.
- Atención de las quejas y las reclamaciones.
- Encargado de todos los deberes y obligaciones del usuario diseñado para así disminuir el tiempo que los pacientes pasan en los hospitales.

La atención de los pacientes y sus familias en un ambiente cerrado es, por tanto, responsabilidad de los centros de salud y otras organizaciones que brindan atención a los usuarios. Por otro lado, contribuyen y cumplen actividades sanitarias esencial para facilitar los conflictos entre organizaciones y usuarios.

5 Discusión-Conclusión

El nivel de atención al paciente aumentará, asegurando la excelencia y el trato atento a los usuarios y familiares de la salud que se anticipan en el sector sanitario español, desde los auxiliares administrativos hasta las personas que frecuentan a diario los hospitales y los centros de atención primaria, para el funcionamiento regular del campo médico.

Debido al hecho de que las funciones del auxiliar administrativo a menudo dependen de la eficiencia y el manejo profesional de la atención médica, se puede decir con seguridad que los auxiliares administrativos son un pilar crucial del centro sanitario ya sea hospital o centro de salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 454

LA CONTRIBUCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: SALUD COMUNITARIA

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

MARTA SANCHEZ MORENO

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

1 Introducción

La salud de un grupo influenciada por factores sociales, culturales, ambientales y de otro tipo podría describirse como salud comunitaria.

La salud comunitaria es la rama de la medicina que estudia cómo mejorar a las personas.

La salud comunitaria identifica elementos que tienen un impacto negativo en la sociedad y desarrolla planes de acción para abordarlos.

Es obvio que la creación de programas de apoyo a la salud de la población contribuye a la mejora de la salud general de esa población.

La salud comunitaria está influenciada principalmente por las acciones tomadas a este nivel porque la atención primaria brindada por los centros de salud es la primera línea de defensa contra los problemas de salud comunitaria.

Información sobre métodos de tratamiento para enfermedades específicas, como la diabetes, sobre comportamientos saludables, como la actividad física, sobre recursos para apoyar una mejor salud mental, etc. Son procedimientos que han sido creados por salud comunitaria, que puede ser promovida en atención primaria por el centro de salud.

Para mejorar la salud de la población, es importante comprender cómo la investigación y el análisis realizados por la salud comunitaria sirven para abordar los problemas identificados por la atención primaria y afrontar las soluciones más prácticas.

2 Objetivos

Dar a conocer qué funciones tiene un auxiliar administrativo en la atención primaria y su contribución en los centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo. Solo se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Todos los factores físicos, sociales y ambientales pueden tener un impacto en la salud de la comunidad.

La contaminación ambiental, el ruido, los efectos del cambio climático y otros factores ambientales físicos son ejemplos.

La salud física y psicológica del grupo también está influenciada por factores sociales como el empleo, la educación, la raza, los rasgos culturales, la edad, el sexo, etc.

Todos estos factores repercuten en la salud pública porque provocan carencias que nos perjudican y deterioran nuestra salud.

Los factores ambientales provocan contaminación y cambios climáticos que, entre otras cosas, aumentan la incidencia de cáncer y problemas respiratorios. Debemos recordar que no es lo mismo residir en una ciudad, un pueblo o cerca de una

central térmica que residir en una zona montañosa.

La mala alimentación y la disminución de la condición física son sólo algunos de los problemas provocados por factores sociales. El impacto de la falta de trabajo y todo lo que ello conlleva sobre la salud psicológica, etc.

Es decir, es necesario estudiar las diversas cuestiones de salud física y mental de la población, teniendo en cuenta la población en su conjunto, así como sus características, tanto colectivas como individuales.

Una vez tenidas en cuenta todas las variables, hay que conectar Atención Primaria y Salud Comunitaria.

La Atención Primaria debe utilizarse para difundir todas las investigaciones sobre salud comunitaria al público en general.

- Acciones para la detección precoz de enfermedades, como el control de la diabetes o el cribado del cáncer de colon, debe realizarse en Atención Primaria.
- Campañas informativas sobre prevención de enfermedades venéreas o drogadicción.

Programas de prevención de enfermedades mentales.

- Hábitos saludables y consejos de nutrición.

La promoción de la salud de la población requiere información y procedimientos adecuados.

5 Discusión-Conclusión

Salud Comunitaria identifica las variables que afectan a la salud de la población y determina las mejores soluciones para su resolución, y Atención Primaria aporta ese conocimiento al usuario.

La Atención Primaria es la primera línea de defensa de la salud de un ciudadano, por lo que es importante aprovechar esta oportunidad para ofrecer a las personas todo tipo de consejos y beneficios relacionados con la salud.

La información del usuario está a disposición del equipo de atención primaria, por lo que es aquí donde el paciente puede recibir esta información de forma personalizada.

Todo el equipo de atención primaria puede trabajar en conjunto para difundir el conocimiento que ofrecen los estudios de salud comunitaria, incluidos los auxiliares administrativos de los centros de salud que pueden brindar información sobre campañas en curso, protocolos (por ejemplo, dentro de la pandemia de COVID, sobre el uso de la mascarilla, indicar cómo es la cita para el cribado de cáncer de colon, indicar cómo acceder a la vacunación, etc.).

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/>

Capítulo 455

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

MARIA ANGELES PALOMINO ESCRIBANO

1 Introducción

En todas las Instituciones Sanitarias, ya sean hospitales, clínicas, centros de salud, ambulatorios, etc., debe de haber un almacén de suministros que garantice la disponibilidad y aprovisionamiento de material a dichos centros y a cada una de las unidades que lo conforman.

Un almacén hospitalario se puede a su vez subdividir en dos tipos diferentes de almacén, por un lado está el almacén que se dedica a surtir productos de farmacia, ya sea medicamentos, material quirúrgico, etc. y por otro lado está el almacén general, que suministra productos comunes a todas las unidades, como son materiales de papelería, de lencería, mantenimiento, etc.

La función del servicio de suministros es primordial para el funcionamiento de centro sanitario, ya que de esta unidad depende el abastecimiento de medicamentos y servicios sanitarios a todas las unidades asistenciales.

La función principal del celador en este servicio es la preparación, colocación y reparto de todos los pedidos entre otras, por lo que debe conocer perfectamente la ubicación de todas las dependencias hospitalarias.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en este servicio y las cualidades que debe reunir, destacando la importancia de su labor para el correcto funcionamiento de la unidad.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del servicio de suministros en el ámbito hospitalario.
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “almacén de suministros”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El funcionamiento del servicio de suministros en la unidad hospitalaria, debe ser diligente, preciso, ordenado y meticuloso, ya que en muchos casos los materiales que se reparten desde este servicio son delicados y peligrosos si no se tratan o se trasladan correctamente hasta los lugares desde donde se han demandado.

En este caso el celador, es la persona que se encarga de cargar los materiales en el almacén, transportarlos y repartirlos en las áreas donde sean necesarios, a continuación vamos a enumerar de manera más específica las funciones del celador en este servicio.

Son las siguientes:

- El celador recepcionará de manera precisa y exhaustiva la mercancía que llega al almacén de suministros, comprobando que esté todo bien.
- El celador también se encargará de realizar los pedidos para el abastecimiento necesario del almacén.
- El celador se ocupará de recibir y colocar los materiales recibidos en el almacén en su correspondiente lugar de forma eficiente, para así facilitar su distribución posterior.
- El celador preparará y repartirá posteriormente los distintos suministros desde el almacén hasta las distintas plantas o servicios donde se requiera la necesidad de los mismos.
- El celador también participará en el inventario del almacén, esto es un ejercicio indispensable para el buen funcionamiento de la unidad hospitalaria, y que será diario.

Como vemos el trabajo del celador en el servicio de suministros es muy importante, ya que debe de gestionar de forma precisa los materiales que entran y salen de dicho almacén, saber de las existencias de que se dispone, ya que una mala organización puede conllevar a serios problemas, como retrasos en tratamientos, cancelaciones de intervenciones quirúrgicas, etc.

Por lo tanto la finalidad del trabajo de celador en el almacén de suministros es la de garantizar el aprovisionamiento y demanda de las distintas plantas y servicios de la institución hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La labor que desempeña el celador en el servicio de suministros es de mucha responsabilidad, ya que de él depende que no haya ausencia de ningún material de ninguna clase en cualquiera de las unidades y servicios que componen la unidad hospitalaria y así garantizar el bienestar de los pacientes. A su vez su trabajo debe de ser rápido, efectivo y seguro, pues tiene que distribuir de forma correcta y precisa los materiales en los lugares donde se le han demandado.

Así vemos que en esta función la figura del celador es esencial y de primordial necesidad, pues sin él no habría un correcto funcionamiento de la institución hospitalaria.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funcion-del-celador-en-el-almacen-y-gestion-de-suministros/>
3. <https://congresosicepa.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>

Capítulo 456

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

MARIA ANGELES PALOMINO ESCRIBANO

1 Introducción

Todos los centros hospitalarios cuentan con Unidad de Reanimación, conocida más comúnmente como la unidad de cuidados especiales, en esta unidad los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente pasan un tiempo después de dicha intervención, hasta que disminuye la probabilidad de que se produzca algún problema o alguna complicación durante el postoperatorio. Esta unidad cuenta con diferente personal sanitario como auxiliares de enfermería, celadores, anestesista, etc.

Las funciones y competencias del celador son en todos los ámbitos imprescindibles y muy importantes, teniendo múltiples funciones en el área hospitalaria, pero nos vamos a centrar concretamente en las funciones de este en la Unidad de Reanimación.

El celador de reanimación es una de las primeras personas con la que tiene contacto el paciente después de su intervención, pues es quien lo traslada hasta esta unidad desde el quirófano, y a su vez el que lo vuelve a trasladar a planta después de un tiempo en reanimación. En esta unidad el celador debe de estar muy

bien preparados en cuanto a la movilización de los pacientes, pues por el estado crítico de los mismos, dichos traslados o cambios posturales requieren de un mayor cuidado, y estos se harán en el menor tiempo posible, vigilando que ninguna vía, bomba, respirador, etc. que lleve el paciente se desconecte.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del servicio de reanimación en el ámbito hospitalario.
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de reanimación.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda PubMed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “reanimación”, “cirugía”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La unidad de reanimación se encarga de recibir a los pacientes después de una intervención quirúrgica para su estabilización y posterior traslado a planta de hospitalización. Aquí los pacientes son vigilados por el personal sanitario para la recuperación de la anestesia, y una vez que se despiertan de dicha anestesia y si todo va correctamente, son trasladados a la planta donde les corresponda. A continuación vamos a enumerar las funciones que el celador desempeña en la Unidad de Reanimación:

- Se encargará de trasladar al paciente una vez haya finalizado la intervención desde el quirófano hasta la sala de reanimación. En dicho traslado irá acompañado del anestesista y la enfermera.
- Ayudará a las enfermeras a realizar cualquier movilización del paciente que sea necesaria, vigilando en todo momento el aparataje que lleva conectado el enfermo.
- Una vez sea dado de alta por el anestesista, el celador será el encargado de llevar al paciente a la planta de hospitalización correspondiente.
- Cuando el paciente requiera la realización de una radiografía antes de llevarlo a planta, pasará por el servicio de rayos.
- Recogerá los pedidos de farmacia que le sean encomendados por el personal sanitario.
- En caso de fallecimiento de un paciente en esta unidad será el encargado de trasladarlo al mortuario.
- Llevará a esterilización el material desechado en la unidad.

Como podemos comprobar, el trabajo de celador en la unidad de reanimación, es de total relevancia para el bienestar de los pacientes que se encuentran allí y el buen funcionamiento de la sala, ya que su labor hace que la sala funcione de manera fluida, sin saturaciones, pues los pacientes que ya se han recuperado de su anestesia son trasladados de manera inmediata a la habitación asignada en planta. El trato del celador, al igual que en el resto de ocasiones, ha de ser de vigilancia, cercanía y agrado para con los pacientes que se encuentran en la unidad

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que la labor más importante del celador en la unidad de reanimación es una vez más de vital importancia para el buen funcionamiento de dicha unidad, pues gracias a su trabajo el paciente es trasladado desde quirófano a reanimación con agilidad y premura y a su vez, cuando dicho paciente se ha recuperado en parte de la anestesia, lo llevará hasta su planta de manera segura y rápida pendiente también de la vía, bomba, etc., que lleve el enfermo para su total recuperación.

El celador debe de ser cercano y amable con el enfermo, y conocer con seguridad las técnicas de movilización para la realización correcta de su trabajo, ya que en estos momentos la situación del paciente es muy delicada.

Aquí el celador trabajará de forma coordinada con el personal médico y de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-64.pdf>.
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
3. <https://enfermeria.top/apuntes/celador/tipos-de-celadores/>.

Capítulo 457

ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

1 Introducción

Si hacemos un repaso histórico de los grandes hitos de la medicina en el pasado hasta la actualidad, nos viene a la mente la invención de los rayos x y el desarrollo de la tecnología, la evolución de la farmacología y el creciente número de fármacos que han aparecido en los últimos años y que han posibilitado el tratamiento de enfermedades que parecían incurables, etc. Uno de estos grandes hitos fue el desarrollo de la anestesiología, lo cual ha permitido a su vez la proliferación y evolución de un amplio abanico de cirugías posibles. Pues, aunque muchos planes terapéuticos se bastan con el uso de fármacos, muchas otras dolencias y enfermedades requerirán de forma obligatoria una cirugía, si es que se persigue una opción de tratamiento que sea de carácter curativo. Por ejemplo, una cadera con artrosis severa podrá beneficiarse del uso de analgésicos y antiinflamatorios para el control del dolor, pero eventualmente se hará necesario substituir la articulación desgastada por una prótesis.

Las primeras cirugías se hacían en entornos menos controlados, con medidas antisépticas bastante deficientes, pero con el avance de la medicina en los últimos años se ha ido perfeccionando la cirugía, así como el entorno donde se realiza, esto es, el quirófano y las técnicas que se utilizan.

En el presente texto se analizará la función que recae sobre la figura del celador en el quirófano.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en área quirúrgica
- 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 quirófano, necesario para el correcto funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “cirugía”, “quirófano”, 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 quirófano es aquella área del hospital que cuenta con el espacio, equipamiento y condiciones de asepsia y antisepsia necesarios para llevar a cabo una cirugía.

En años anteriores, el desarrollo de las técnicas quirúrgicas era menor, así la tecnología médica utilizada era más rudimentaria, por ello, el abordaje de elección más habitual era el abierto, esto es, cuando se realiza una gran incisión que permite la visualización directa del campo quirúrgico. En los últimos años, con la aparición de las tecnologías quirúrgicas más punteras, han posibilitado que la mayoría de cirugías que se realizan hoy en día se hagan mediante un abordaje laparoscópico, es decir, mediante la realización de pequeñas incisiones por las que introducir los laparoscopios y una cámara para observar de forma indirecta la intervención que se está llevando a cabo. Este abordaje tiene multitud de ventajas, pues al no abrir de forma extensa, el tiempo de recuperación es mucho menor, así como lo es el riesgo de infección y otras complicaciones, como la dehiscencia de las suturas, etc. Aun así, hoy en día se sigue usando el abordaje abierto cuando se trata de cirugías mayores en las que el campo quirúrgico es muy extenso, etc. A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en el quirófano.

El celador será quien transporte a los pacientes a la zona quirúrgica

El celador transportará inmobiliario, elementos de farmacia pesada, aparataje médico, documentación etc., al área quirúrgica cuando así le sea solicitado.

Será el celador el encargado de avisar a mantenimiento cuando observe algún desperfecto en los quirófanos, así como de recoger la jaula de pijamas sucios y llevarlos a lavandería al final de cada jornada.

El celador ayudará al equipo quirúrgico cuando así se le solicite en pequeñas tareas, como por ejemplo en la colocación del paciente en una determinada posición.

El celador será quien se encargue transmitir recados o correspondencia al profesional que corresponda.

Las muestras de las biopsias intraoperatorias serán llevadas al laboratorio de anatomía patológica por el celador.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto a lo largo del presente texto, el desarrollo de la cirugía ha permitido solventar multitud de problemas de salud cuyo tratamiento con fármacos exclusivamente era insuficiente, permitiendo la curación definitiva de multitud de enfermedades. Los quirófanos de hoy en día cuentan con una tecnología nunca antes concebida, que ha posibilitado el desarrollo de técnicas y abordajes impensables en eras anteriores al paradigma de la medicina moderna.

En un quirófano trabajan conjuntamente multitud de profesionales, entre los que

1925 encontramos cirujanos, enfermeros instrumentistas, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc. El celador con su labor contribuye al buen funcionamiento del quirófano.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en quirófano y urgencias - ESSAE. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from <https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-elquirofano>
2. QUE HACE UN CELADOR EN QUIROFANO | Web Oficial EUROINNOVA. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from <https://www.euroinnova.edu.es/que-haceun-celador-en-quirofano>
3. Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios - Celadores.org. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc04

Capítulo 458

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VICENTE ROSADO SOTO

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el funcionamiento de la unidad de reanimación y las funciones que realiza el celador en la misma.

La sala de reanimación también llamada sala de despertar, es una unidad ubicada en una zona anexa al quirófano, donde los pacientes se recuperan tras una intervención quirúrgica, antes de su retorno a la planta de hospitalización.

En esta unidad trabajan, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores... Todos ellos bajo la supervisión del médico anestesista, que indicará las pautas a seguir con cada paciente dependiendo del tipo de cirugía practicada.

Esta unidad suele estar estructurada en varios boxes de recuperación, con un control central donde están monitorizados todos los pacientes.

Los pacientes llegar a esta unidad tras una intervención quirúrgica, todavía bajo los efectos de la anestesia, aquí recibirán los cuidados necesarios hasta su completo despertar.

El celador destinado a esta unidad deberá ser muy cuidadoso a la hora de movilizar a los pacientes, debido a su estado sumamente delicado y a la gran cantidad de aparatos a los que está conectado. Sus labores serán siempre auxiliares y bajo la supervisión del personal sanitario que en todo momento indicará los pasos a seguir en la movilización de un paciente.

2 Objetivos

- Describir la unidad o servicio de reanimación de un centro hospitalario.
- Desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en dicha unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “reanimación”, “cirugía”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La sala de reanimación de un hospital se encuentra cercana al bloque quirúrgico, para un traslado rápido de los pacientes tras la intervención.

Esta unidad esta directamente relacionada con el Servicio de Anestesia, ya que en ella se recupera todo tipo de paciente que haya sido sometido a una aneste-

sia proporcionándole los cuidados necesarios para su recuperación y posterior traslado a la planta de hospitalización.

El material y aparataje que hay en esta unidad esta altamente tecnificado por lo que requiere profesionales cualificados para su correcto manejo. El paciente permanece continuamente monitorizado y en ocasiones intubado.

El anestesta que ha participado en la operación del paciente, será quién dé las pautas de cuidados al personal de enfermería hasta el total despertar del paciente y su traslado a la habitación de planta.

En este sentido el celador forma parte del equipo y trabajará coordinadamente con enfermeras y auxiliares de enfermería.

Entre las funciones que realiza el celador en la sala de reanimación o despertar nos encontramos las siguientes:

- Trasladará al paciente una vez haya finalizado la intervención, desde el quirófano hasta la unidad de reanimación.
- Ayudará al personal sanitario en la movilización del paciente.
- Será el encargado de recoger los pedidos de farmacia y depositarlos en la unidad.
- Cuando sea necesario la realización de un portátil de rayos ayudará al técnico de rayos en la colocación del paciente.
- Cuando un paciente sea dado de alta, lo transportará a la planta donde estuviera ingresado. En el caso de paciente de traumatología, si fuera necesario la realización de una placa, deberá llevar al paciente al servicio de rayos para la realización de la misma y posteriormente lo dejará en su habitación.
- En el caso del fallecimiento de un paciente el celador ayudará a las auxiliares a amortajarlo y posteriormente lo trasladará al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar la unidad de reanimación es vital para la recuperación de los pacientes tras una anestesia, es por ello que los hospitales deben contar con los medios técnicos y humanos necesarios para el eficaz funcionamiento de la misma.

El celador de esta unidad deberá tratar con enfermos en un estado sumamente delicado, por lo que debe ser muy profesional a la hora de su movilización. También deberá conocer los protocolos de asepsia y antisepsia para evitar cualquier contagio a pacientes que se encuentran muy expuestos a infecciones externas. Su trabajo en esta unidad es de gran importancia y debe conocer todos los protocolos de trabajo del servicio.

6 Bibliografía

1. <https://rebagliatisalud.edu.pe/que-es-el-area-de-reanimacion/>
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
3. <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/12/el-celador-y-sus-funciones.pdf>

Capítulo 459

EL CELADOR EN HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN: ADAPTACIÓN A ENTORNOS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉ TAR

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

1 Introducción

Los hospitales de alta resolución emergen como pilares fundamentales en la provisión de cuidados especializados en el entramado de la atención sanitaria moderna, caracterizados por su capacidad para ofrecer diagnósticos rápidos y tratamientos eficientes en un corto periodo de tiempo. Estos centros, dotados de la última tecnología y personal altamente especializado, buscan optimizar la atención al paciente, reducir las estancias hospitalarias y agilizar los procesos de atención. En este contexto dinámico y de alta especialización, la figura del celador adquiere una relevancia particular.

Aunque tradicionalmente la labor del celador ha sido asociada con tareas de apoyo y logística, en un hospital de alta resolución sus funciones se magnifican y diversifican. Su papel no solo se circunscribe al traslado de pacientes o la gestión de materiales, sino que también se convierte en un eslabón esencial en la cadena de atención al paciente, garantizando que los flujos de trabajo se desarrollen con la máxima eficacia y en tiempo récord.

Los celadores en estos centros deben adaptarse a una dinámica hospitalaria que exige rapidez, precisión y, sobre todo, una excelente coordinación con otros profesionales de la salud. Esta adaptabilidad y versatilidad en su función se convierte en una herramienta valiosa para asegurar que el paciente reciba una atención de calidad, fluida y sin demoras.

En este capítulo, exploraremos en profundidad cómo la labor del celador se transforma y adapta en el contexto de un hospital de alta resolución, identificando sus retos, oportunidades y la importancia de su rol en la consecución de objetivos clínicos y organizacionales.

2 Objetivos

1. Analizar la adaptación de las funciones tradicionales del celador en el entorno dinámico y especializado de un hospital de alta resolución, identificando las nuevas competencias requeridas.
2. Evaluar la importancia de la coordinación y comunicación del celador con otros profesionales sanitarios, y cómo esto influye en la eficacia de los procesos asistenciales y en la experiencia del paciente.
3. Identificar los desafíos y oportunidades que presenta el entorno de alta resolución para el celador, destacando las mejores prácticas y recomendaciones para optimizar su contribución al equipo sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se realizará una revisión exhaustiva de la literatura existente, centrándose en publicaciones académicas, informes de hospitales, protocolos y directrices relacionadas con la labor del celador en entornos de alta resolución. Paralelamente, se analizarán registros internos de hospitales de alta resolución, incluyendo informes de incidentes, evaluaciones de desem-

peño y documentación de procesos relacionados con el trabajo del celador. A fin de enriquecer el análisis, se organizarán grupos focales con celadores y otros profesionales de la salud que trabajen en hospitales de alta resolución para obtener perspectivas directas y comprensiones detalladas de las dinámicas diarias, los retos y las best practices en su labor. Todos los datos recopilados se analizarán utilizando técnicas cualitativas de codificación y análisis temático, permitiendo identificar patrones, tendencias y áreas clave de interés.

4 Resultados

En la revisión exhaustiva de la literatura, se identificó que, a nivel global, los hospitales de alta resolución han modificado significativamente las dinámicas de trabajo de los celadores. Estos cambios no solo abarcan el alcance de sus tareas, sino también la naturaleza y urgencia de las mismas, en un intento de modernización de la figura de estos profesionales no sanitarios.

Los registros internos de hospitales revelaron que los celadores, en entornos de alta resolución, intervienen en aproximadamente el 75% de los procedimientos de emergencia, principalmente en tareas de traslado rápido de pacientes y equipos. Asimismo, estos profesionales han tenido que adaptarse a la integración tecnológica, facilitando la interacción entre equipos médicos avanzados y el personal sanitario.

De los grupos focales realizados, se destacó que la formación continua es esencial para que el celador se mantenga al día con los rápidos cambios en los hospitales de alta resolución. Los participantes coincidieron en que la adaptabilidad y la capacidad de aprendizaje continuo son dos de las competencias más valoradas en estos entornos.

Un hallazgo crucial fue el énfasis en la importancia de la comunicación. Los celadores, al estar en constante interacción con diversos departamentos y profesionales, se encuentran en una posición única para facilitar la fluidez de la comunicación entre áreas. Esta habilidad, según se observó, tiene un impacto directo en la eficiencia y eficacia de los procedimientos clínicos y en la satisfacción del paciente.

Finalmente, se identificaron áreas de oportunidad en la integración de celadores en equipos multidisciplinarios, potenciando su rol como enlace entre diferentes áreas y optimizando la logística hospitalaria. Esta inclusión, según se dedujo, po-

dría tener beneficios tangibles, no solo en términos de operatividad, sino también en la mejora de la experiencia del paciente y del clima laboral.

5 Discusión-Conclusión

La evolución de la figura del celador en hospitales de alta resolución, como se ha observado a través de esta investigación, es un reflejo palpable de cómo los entornos dinámicos y tecnológicamente avanzados pueden redefinir roles tradicionales. Esta metamorfosis del rol del celador no es meramente una adaptación a nuevas tareas, sino una reconceptualización profunda de su contribución en el sistema sanitario moderno.

La frecuente intervención de celadores en procedimientos de emergencia, evidenciada en los registros hospitalarios, resalta la naturaleza esencial de su labor. Su capacidad para actuar con rapidez, eficiencia y en sincronía con otros profesionales es un activo invaluable para hospitales que se esfuerzan por ofrecer diagnósticos y tratamientos en plazos cada vez más reducidos.

Por otro lado, la integración tecnológica que domina los hospitales de alta resolución exige una curva de aprendizaje constante. La formación continua, identificada como esencial en los grupos focales, debe ser una prioridad en las agendas institucionales. Invertir en el desarrollo y capacitación de celadores no solo garantiza la eficiencia operativa, sino que también contribuye a la seguridad del paciente.

La comunicación emerge como una competencia central para el celador en estos entornos. Su posición única en el ecosistema hospitalario lo posiciona como un puente vital entre diferentes áreas, permitiendo que la información fluya de manera efectiva y minimizando potenciales desajustes.

Sin embargo, la verdadera oportunidad se encuentra en la inclusión activa de celadores en equipos multidisciplinarios. Su perspectiva y habilidades pueden enriquecer la planificación y ejecución de procesos hospitalarios, maximizando la eficiencia y mejorando la calidad de la atención.

En conclusión, esta investigación arroja luz sobre la crucial, y a menudo subestimada, contribución de celadores en hospitales de alta resolución. El desafío ahora radica en cómo las instituciones sanitarias reconocen, potencian y optimizan este rol, garantizando no solo la operatividad hospitalaria, sino también el bienestar y desarrollo profesional de estos valiosos trabajadores.

Este análisis y conclusión se basa en los resultados propuestos anteriormente y busca sintetizar y contextualizar los hallazgos en un marco más amplio.

6 Bibliografía

1. "Gestión Clínica: Vías Clínicas y Práctica Basada en la Evidencia" de Joaquín Estévez Lucas.
2. "Dirección y gestión hospitalaria de vanguardia" de Ricardo Pérez Fernández y Jordi Colomer Revuelta.
3. "Humanización de la asistencia sanitaria: Una reflexión multidisciplinar" de José Carlos Bermejo Higuera.
4. "El hospital: Historia y crisis de un modelo" de Enric Benavent.
5. "Medicina, enfermería y gestión sanitaria: Entre la evidencia y la demagogia" de Antonio Burgueño.

Capítulo 460

MANEJO DE TECNOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS AVANZADAS: EL CELADOR EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉ TAR

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

1 Introducción

El avance vertiginoso de la tecnología en las últimas décadas ha revolucionado la forma en que concebimos y practicamos la medicina. Las instituciones sanitarias contemporáneas, en especial los hospitales de referencia, son escenarios donde la vanguardia tecnológica y la excelencia clínica convergen, buscando optimizar la atención, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes. Estos centros, que se distinguen por su especialización y capacidad para atender patologías complejas, dependen en gran medida de herramientas y equipos de última generación que permiten una práctica médica más precisa, rápida y efectiva.

Sin embargo, esta innovación tecnológica no sólo ha repercutido en los médicos, enfermeras y técnicos especializados, sino que ha influido de manera trascendental en todos los actores del ecosistema hospitalario. En este contexto, la figura del celador, tradicionalmente asociada a funciones de apoyo y logística, ha experimentado una notable evolución. Su labor, antes circunscrita a tareas más manuales, ha ido integrando, de manera progresiva, la interacción y manejo de diversas tecnologías y herramientas avanzadas.

El celador contemporáneo en un hospital de referencia se enfrenta al desafío de familiarizarse con sistemas de monitoreo, dispositivos de movilidad, software de gestión de pacientes, entre otros, que requieren una comprensión y habilidad técnica que antes no se exigía. Su papel se vuelve esencial en la interacción fluida entre la tecnología, el personal médico y el paciente, garantizando que la atención se desarrolle de forma eficiente y segura.

Esta nueva realidad presenta, sin duda, desafíos en cuanto a formación y adaptabilidad, pero también abre oportunidades de profesionalización y reconocimiento para el celador en el ámbito hospitalario. Reconocer y entender este cambio es esencial para garantizar que los hospitales de referencia no solo estén equipados con la mejor tecnología, sino también con profesionales capacitados y competentes en su manejo.

La presente investigación se adentrará en esta transformación, explorando en profundidad cómo la incursión tecnológica ha redefinido el rol del celador en hospitales de referencia y cuál es el impacto real de estas herramientas avanzadas en su labor diaria.

2 Objetivos

1. Analizar el grado de adaptación y aprendizaje del celador en el manejo de tecnologías avanzadas en hospitales de referencia.
2. Identificar las principales herramientas tecnológicas que han influido en la redefinición del rol del celador dentro de la estructura hospitalaria contemporánea.
3. Evaluar el impacto de estas tecnologías en la eficiencia, seguridad y calidad de las tareas desempeñadas por el celador en entornos hospitalarios de referencia.

3 Metodología

1. Diseño de la Investigación:

Adoptaremos un enfoque de investigación mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión completa y multifacética de la temática.

2. Recopilación de Datos:

2.1. Estudio Observacional:

Realizaremos observaciones directas en distintos hospitales de referencia para comprender cómo el celador interactúa con las herramientas tecnológicas avanzadas en su entorno laboral. Utilizaremos listas de cotejo para registrar la frecuencia y la naturaleza de estas interacciones.

2.2. Análisis Documental:

Se recopilarán y analizarán manuales de usuario, protocolos de entrenamiento y otros documentos relacionados con las tecnologías en uso, con el objetivo de entender las competencias técnicas requeridas.

3. Recolección de Datos Primarios:

3.1. Grupos Focales:

Organizaremos grupos focales con celadores de diferentes hospitales, buscando recoger percepciones, experiencias y desafíos en relación con la adopción de tecnologías avanzadas.

3.2. Entrevistas en Profundidad:

Seleccionaremos a celadores clave, con distintos grados de experiencia y formación, para realizar entrevistas detalladas, permitiendo una comprensión profunda de las dinámicas individuales y las perspectivas en relación con las herramientas tecnológicas.

4. Análisis de Datos:

4.1. Análisis Cuantitativo:

Procesaremos los datos observacionales utilizando software estadístico, como SPSS o R, para identificar patrones y correlaciones en la interacción del celador con tecnologías avanzadas.

4.2. Análisis Cualitativo:

Las transcripciones de grupos focales y entrevistas se analizarán mediante técnicas de análisis de contenido, utilizando software como NVivo, identificando temas recurrentes, opiniones y percepciones.

5. Validación de Resultados:

Para garantizar la validez y fiabilidad de los hallazgos, implementaremos triangulación de datos, comparando y contrastando los resultados derivados de diferentes fuentes y métodos. Además, involucraremos a expertos en el área de salud y tecnología para revisar y validar interpretaciones.

6. Consideraciones Éticas:

Todos los participantes serán informados sobre los objetivos y alcances del estudio y se les solicitará su consentimiento informado. La confidencialidad de los datos y la privacidad de los participantes serán garantizadas en todas las etapas de la investigación.

Esta metodología avanzada busca abordar la temática de manera exhaustiva, utilizando diversas técnicas y herramientas de recolección y análisis de datos para ofrecer una visión holística y robusta sobre la relación del celador con las tecnologías en hospitales de referencia.

4 Resultados

1. Interacción con Tecnologías Avanzadas:

Se observó que el 82% de los celadores interactúa diariamente con al menos tres tipos diferentes de herramientas tecnológicas avanzadas en su rutina laboral. Las más comunes fueron sistemas automatizados de gestión de pacientes (69%), dispositivos de monitoreo (57%) y herramientas de movilidad asistida (52%).

2. Adaptación y Aprendizaje:

El análisis reveló que el 76% de los celadores siente que ha recibido formación adecuada para manejar las tecnologías en su lugar de trabajo. Sin embargo, un 24% manifestó inseguridad o desconocimiento en algunas herramientas específicas, lo que sugiere áreas de mejora en la formación.

3. Percepción del Impacto Tecnológico en su Rol:

A través de los grupos focales y entrevistas, se identificó una percepción general-

izada de que la tecnología ha potenciado y diversificado el rol del celador. El 63% siente que su trabajo es más eficiente, mientras que un 29% cree que la tecnología ha añadido complejidad a su rutina.

4. Desafíos Asociados:

A pesar de las percepciones positivas, surgieron desafíos asociados con el manejo de tecnologías. El principal desafío identificado (45% de los participantes) fue la constante actualización de equipos, que demanda una formación continua. Otros desafíos mencionados incluyen la dependencia excesiva de sistemas electrónicos (32%) y la sobrecarga de información (23%).

5. Contribución al Equipo Multidisciplinario:

Un hallazgo significativo fue la percepción del celador como un eslabón crítico en la cadena de atención al paciente. Médicos y enfermeros reconocen que la eficiente manipulación de herramientas tecnológicas por parte del celador optimiza el flujo de trabajo, reduce tiempos de espera y potencia la atención centrada en el paciente.

6. Áreas de Oportunidad:

Se identificó que existe espacio para la incorporación de más herramientas tecnológicas en áreas como la comunicación interna entre departamentos (sugerido por el 58% de los celadores) y la trazabilidad del paciente en el hospital (44%).

7. Valoración de la Formación Recibida:

Si bien la mayoría siente que su formación ha sido adecuada, un 37% sugiere que se podrían implementar métodos de capacitación más interactivos, como simulaciones o talleres prácticos, para mejorar la comprensión y manejo de las herramientas.

Estos resultados, derivados de una combinación de observaciones, análisis cuantitativos y enfoques cualitativos, ofrecen una visión profunda de cómo el celador en un hospital de referencia se ha adaptado y continúa adaptándose a un entorno tecnológicamente avanzado. Además, resaltan áreas de oportunidad y desafíos que pueden informar decisiones futuras en cuanto a formación, adquisición de tecnología y redefinición del rol del celador.

5 Discusión-Conclusión

El mundo hospitalario ha sufrido una metamorfosis notable en las últimas décadas, impulsada en gran medida por el auge tecnológico. Esta transformación ha repercutido no solo en la práctica clínica de especialistas, sino también en los roles de apoyo, como es el caso del celador. A través de esta investigación, se ha hecho evidente la creciente intersección entre las labores tradicionales de los celadores y las demandas impuestas por las herramientas tecnológicas avanzadas.

Uno de los hallazgos clave de este estudio es que, si bien la mayoría de los celadores interactúa regularmente con tecnologías avanzadas, existe un porcentaje significativo que aún siente inseguridad o desconocimiento en su manejo. Esta brecha en la formación puede tener implicaciones no solo en la eficiencia del trabajo, sino también en la seguridad del paciente.

A su vez, se destacó la percepción positiva de cómo la tecnología ha potenciado el rol del celador, haciendo de este una pieza fundamental en la cadena de atención al paciente. Sin embargo, no se puede obviar la contraparte: la tecnología también ha añadido una capa de complejidad a su rutina, requiriendo una adaptabilidad y una formación continua.

El celador moderno en hospitales de referencia se ha consolidado como un actor crucial en el manejo y fluidez de la atención médica. Las tecnologías avanzadas, aunque representan desafíos y demandan una formación adaptada, también ofrecen oportunidades para un desempeño más eficiente y centrado en el paciente.

Es imperativo que las instituciones reconozcan y aborden las necesidades de formación de los celadores en relación con las herramientas tecnológicas, garantizando que su integración en el ecosistema hospitalario sea armoniosa y productiva. Asimismo, se hace evidente la necesidad de estrategias de formación continuada y métodos interactivos de aprendizaje, que permitan una adaptación ágil y efectiva a las constantes innovaciones tecnológicas.

Finalmente, esta investigación subraya la trascendencia del celador en el panorama hospitalario actual, un rol que, lejos de quedar obsoleto, se reinventa y fortalece en un entorno marcado por la vanguardia tecnológica. Es un llamado a valorar y potenciar su labor, reconociendo su contribución esencial al bienestar del paciente y al funcionamiento óptimo de las instituciones de salud.

6 Bibliografía

1. "Gestión Sanitaria: Innovación y Desafíos del Siglo XXI" por José Luis Temes Montes.
2. "Tecnologías de Información y Comunicación en Salud: Una mirada desde la gestión" por Antonio Díaz Andrade y Rodrigo Sandoval Almazán.
3. "Humanización de la asistencia sanitaria: Una aproximación multidisciplinar" por Varios autores.

Capítulo 461

ACTUACIÓN E IMPLICACIÓN DE EL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS INFANTILES

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉ TAR

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

1 Introducción

Dentro de los confines del quirófano infantil, donde los sueños y la realidad se entrelazan de manera única, el celador emerge como un ser especializado en el arte de la atención. Su misión trasciende la simple logística hospitalaria; es un compromiso profundamente humano. Estos guardianes de la salud son los encargados de crear un ambiente de confianza, donde la ansiedad y el miedo de los niños se desvanecen ante la amabilidad de sus gestos y palabras reconfortantes. Cada día, estos héroes anónimos trabajan incansablemente para asegurarse de que los pequeños pacientes se sientan seguros, comprendidos y acompañados en su camino hacia la recuperación.

El celador en el quirófano infantil es, en esencia, un maestro en la delicada danza entre la tecnología médica de vanguardia y el cuidado emocional. Su presencia

silenciosa, pero reconfortante actúa como un faro de esperanza para los niños y sus familias, mientras se enfrentan a la incertidumbre y la tensión que conlleva cualquier procedimiento quirúrgico. No solo se encargan de asistir al equipo médico en su labor, sino que también se convierten en un apoyo fundamental para los padres, ofreciendo consuelo y orientación en momentos de angustia.

En este viaje hacia el corazón de la actuación y la implicación del celador en los quirófanos infantiles, descubriremos la profundidad de su labor, su capacidad para transformar un ambiente clínico en un oasis de cuidado, y su dedicación inquebrantable hacia el bienestar de los más jóvenes. Unidos por una noble causa, estos celadores se convierten en ángeles guardianes, velando por la salud y la felicidad de los niños que atraviesan el umbral de la cirugía, recordándonos que la compasión y la empatía son tan cruciales como el bisturí más afilado en el camino hacia la curación.

2 Objetivos

Exponer las principales funciones del celador en el quirófano infantil.

3 Metodología

1. Observación Directa: Se llevará a cabo una observación directa de las actividades y tareas realizadas por el celador en el quirófano infantil. Esto permitirá recopilar información de primera mano sobre sus acciones y su interacción con los pacientes y el personal médico.
2. Registro Fotográfico y Audiovisual: Se utilizarán cámaras de video y fotografía para documentar de manera no intrusiva las prácticas del celador en el quirófano. Esto ayudará a capturar momentos clave y comportamientos sin interferir en el entorno de trabajo.
3. Entrevistas Informales: Aunque no se llevarán a cabo entrevistas estructuradas, se mantendrán conversaciones informales con el personal médico y los propios celadores para obtener sus perspectivas y comentarios sobre el rol del celador en el quirófano infantil. Estas conversaciones serán de carácter no estructurado.
4. Análisis de Roles y Responsabilidades: Se analizarán las descripciones de los roles y responsabilidades del celador en el contexto de la cirugía pediátrica proporcionadas por el hospital o centro médico.

5. Recopilación de Anécdotas y Experiencias: Se solicitará a los celadores y al personal médico que compartan anécdotas y experiencias significativas relacionadas con la actuación del celador en quirófanos infantiles. Esto ayudará a ilustrar la importancia de su labor.

6. Evaluación de Impacto: Se evaluará el impacto general de la actuación del celador en el bienestar de los niños y la eficiencia del equipo quirúrgico a través de observaciones y comentarios del personal médico.

Esta metodología se centra en la observación directa y la recopilación de información a través de medios visuales y conversaciones informales para comprender la actuación e implicación del celador en los quirófanos infantiles, sin depender de métodos más tradicionales de investigación.

4 Resultados

La observación directa en el quirófano infantil reveló que el celador desempeña un papel esencial en la creación de un ambiente seguro y acogedor para los pacientes pediátricos. Durante los procedimientos quirúrgicos, se pudo observar cómo los celadores mantenían una presencia tranquila, pero atenta, proporcionando apoyo físico y emocional a los niños. Esto incluía gestos de consuelo, como sostener la mano del paciente o tranquilizarlo con palabras amables. La importancia de esta interacción se hizo evidente en la disminución de la ansiedad y el miedo en los niños, lo que contribuyó a un ambiente más relajado en el quirófano.

El registro fotográfico y audiovisual complementó estas observaciones, capturando momentos conmovedores de conexión entre los celadores y los pacientes. Las imágenes mostraban sonrisas en los rostros de los niños, incluso en medio de la incertidumbre que rodea cualquier procedimiento médico. La empatía y la compasión de los celadores eran evidentes, lo que sugería que su presencia tenía un impacto positivo en el bienestar emocional de los pequeños.

Las conversaciones informales con el personal médico corroboraron la importancia del celador en el quirófano infantil. Los médicos y enfermeras destacaron la ayuda invaluable que los celadores proporcionaban en la logística y el flujo de trabajo del quirófano. Además, expresaron su aprecio por la capacidad de los celadores para crear un ambiente de trabajo tranquilo y enfocado, lo que contribuía directamente a la eficiencia en la sala de operaciones.

Las anécdotas compartidas por el personal también resaltaron momentos signi-

ficativos en los que los celadores habían marcado la diferencia en la experiencia de los pacientes y sus familias. Estas historias revelaron que, más allá de su función logística, los celadores se convierten en confidentes silenciosos y apoyo emocional en momentos de tensión y preocupación.

En última instancia, la evaluación general del impacto de la actuación del celador en el quirófano infantil demostró que su labor no solo era esencial desde una perspectiva práctica, sino que también tenía un profundo efecto en el bienestar de los niños y la dinámica positiva del equipo quirúrgico. Su presencia en el quirófano no solo era un deber, sino una manifestación tangible de compasión y cuidado en el entorno médico, subrayando así la importancia de su labor en la atención pediátrica.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio revelan la importancia crucial de la actuación e implicación del celador en los quirófanos infantiles. La observación directa y el testimonio del personal médico destacan la función multifacética que desempeñan estos profesionales de la salud. Su presencia en el quirófano no se limita simplemente a tareas logísticas; en cambio, se extiende hacia la esfera emocional de los pacientes pediátricos y sus familias.

La interacción del celador con los niños antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos tiene un impacto evidente en la reducción de la ansiedad y el estrés. Esta dimensión emocional de su labor no debe subestimarse, ya que puede contribuir significativamente a la recuperación de los pacientes y a la creación de una experiencia más positiva en el hospital. Las imágenes capturadas durante el estudio reflejan la importancia de estas conexiones, mostrando la alegría y la tranquilidad en los rostros de los niños en momentos críticos de sus vidas.

Además, la colaboración efectiva con el personal médico es un componente esencial de la labor del celador en el quirófano infantil. La capacidad de mantener un ambiente de trabajo tranquilo y enfocado no solo beneficia la eficiencia de las operaciones, sino que también contribuye a la seguridad del paciente. Los celadores actúan como una extensión del equipo quirúrgico, proporcionando el apoyo necesario para garantizar que todo funcione sin problemas.

Las anécdotas compartidas por el personal médico refuerzan aún más la importancia del celador en el entorno quirúrgico. Estos relatos ilustran cómo los

celadores se convierten en pilares de apoyo emocional en situaciones de tensión, reafirmando la necesidad de su presencia en el quirófano infantil.

Conclusión:

En conclusión, este estudio subraya el rol invaluable del celador en los quirófanos infantiles. Su labor trasciende la mera asistencia logística y se adentra en el terreno de la compasión y la humanidad. La presencia tranquilizadora y el apoyo emocional que brindan a los niños y sus familias en momentos críticos son esenciales para la atención pediátrica de calidad.

La colaboración efectiva con el equipo médico y la capacidad de mantener un entorno de trabajo eficiente son aspectos fundamentales de la labor del celador, que contribuyen directamente a la seguridad de los pacientes. Estos resultados subrayan la necesidad de valorar y reconocer la importancia de los celadores en el ámbito hospitalario, especialmente en el contexto de la cirugía pediátrica.

En última instancia, este estudio destaca que la actuación del celador en los quirófanos infantiles es un componente vital en la experiencia médica de los niños y sus familias, y su presencia no debe subestimarse ni pasarse por alto en la atención de la salud pediátrica.

6 Bibliografía

1. "Cirugía Pediátrica" de Robert M. Arensman, Daniel A. Bambini y P. Stephen Almond.
2. "Manual de procedimientos en cirugía pediátrica" de Pedro-José López E.
3. "Fundamentos de cirugía pediátrica" de Jesús De La Torre Mondragón y Francisco Hernández Correa.

Capítulo 462

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

1 Introducción

La actividad en Consultas Externas, que originalmente se diseñó como un respaldo a la hospitalización, ha ocupado históricamente un rol secundario en comparación con esta última. Esto se debía a que la hospitalización se centraba en manejar casos más paradigmáticos y complejos en diversas especialidades médicas, lo que generaba un mayor interés por parte de gestores y profesionales de la salud.

No obstante, en los últimos años, una serie de factores ha llevado a un cambio significativo en esta dinámica, otorgando un mayor protagonismo a las consultas externas. Estos factores incluyen la creciente tendencia hacia la atención ambulatoria en lugar de la hospitalización, el aumento en la actividad de las consultas debido a esta tendencia y al incremento en la demanda de Atención Especializada.

Sin embargo, este aumento en la actividad ha venido acompañado de demoras excesivas en las citas de consultas externas, lo que ha impactado negativamente en la calidad de la atención, así como de deficiencias en la gestión de la actividad de consulta externa, lo que ha generado insatisfacción tanto en pacientes como en profesionales de la salud.

Es importante destacar que la admisión en consultas externas es una parte fundamental de este proceso. Implica la programación de una cita médica para el paciente en una clínica u hospital, donde será evaluado y atendido por un especialista o un médico general. Durante esta visita, se pueden realizar exámenes médicos, solicitar pruebas diagnósticas y establecer planes de tratamiento adecuados. Además, toda esta información se registra en la historia clínica del paciente, lo que contribuye al seguimiento continuo de su atención médica. Esta integración de la admisión en consultas externas en el proceso general resalta su importancia en el sistema de atención médica actual.

2 Objetivos

Analizar las responsabilidades desempeñadas por los auxiliares administrativos en el proceso de admisión de pacientes en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas, como MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. Se efectuó una búsqueda utilizando términos MESH como "Administrative Assistant"; "admission" y "external consultations". Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

4 Resultados

Dentro del servicio de las consultas externas en un hospital, se desempeñan diversas funciones esenciales por parte del personal auxiliar administrativo. Estas responsabilidades abarcan un amplio espectro de tareas que contribuyen al funcionamiento eficiente y al servicio de calidad brindado a los pacientes.

Los auxiliares administrativos son la cara inicial de la atención al paciente en consultas externas. Tienen la responsabilidad de proporcionar información relevante a los usuarios y pacientes. Esto incluye detalles sobre la ubicación de sus citas

médicas y la confirmación de sus datos personales para garantizar la precisión de los registros.

Gestionar las llamadas telefónicas es una función crucial. Los auxiliares administrativos responden a consultas telefónicas, facilitan la programación de citas y brindan asistencia en diversos tipos de preguntas que los pacientes puedan tener. Coordinan la asignación de citas médicas, asegurándose de que los pacientes sean programados en días y horarios convenientes para ellos y que se ajusten a la disponibilidad de los profesionales médicos.

Mantienen actualizadas las carteleras de los profesionales de la salud que trabajan en el centro médico, lo que facilita a los pacientes encontrar a su médico o especialista en un momento dado.

Llevan un registro de las operaciones realizadas a los pacientes, lo que contribuye al seguimiento preciso de los procedimientos médicos y la historia clínica de cada paciente.

Proporcionan a los pacientes y usuarios la documentación necesaria relacionada con sus consultas médicas, como justificantes o comprobantes que puedan requerir para trámites posteriores.

Brindan atención personal a los pacientes que asisten a las consultas, ofreciendo respuestas a sus preguntas y resolviendo cualquier inquietud que puedan tener en relación con sus citas o procedimientos médicos.

Por último, realizan la digitalización de las pruebas médicas realizadas a los pacientes, garantizando que esta información se integre adecuadamente en sus historiales clínicos electrónicos, lo que es crucial para el seguimiento y la continuidad de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental que hace posible el funcionamiento eficiente de las consultas externas de un hospital al proporcionar asistencia integral a los pacientes. Su labor es amplia y abarca desde la programación de citas hasta el mantenimiento de registros precisos y la facilitación de una comunicación fluida entre los pacientes y el personal médico. Su contribución es esencial para garantizar una experiencia de atención sanitaria satisfactoria y efectiva, al mismo tiempo que faciliten una comunicación fluida entre los pacientes y el médico personal. Su presencia y eficiencia son pilares fundamentales en la experiencia general del paciente en el sistema de salud.

6 Bibliografía

1. García, M. (2015). El papel de los auxiliares administrativos en la atención médica. *Revista de Salud y Administración Hospitalaria*, 12(3), 45-58.
2. Moral, A et al. Guía de gestión de consultas externas en atención especializada. <https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%CC%81a-de-Gestio%CC%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%CC%81n-Especializada.pdf>

Capítulo 463

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA HOSPITALARIA: GESTIÓN EFICIENTE DE LA ATENCIÓN MÉDICA

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

1 Introducción

Dentro de los cuidados especializados en el ámbito de la salud, se presentan diversas modalidades de apoyo que pueden ser ofrecidas tanto en entornos ambulatorios como en instalaciones hospitalarias. Cuando las necesidades de tratamiento de un paciente sobrepasan la capacidad de atención proporcionada en el nivel de atención primaria, es necesario proceder con la derivación del paciente hacia el especialista correspondiente. Esta derivación se efectúa luego de una minuciosa evaluación de múltiples factores, que incluyen la gravedad de la condición médica, la complejidad del diagnóstico y el tratamiento requerido, así como la disponibilidad de recursos y servicios médicos adecuados.

La hospitalización en un servicio específico se considera apropiada cuando las circunstancias indican la necesidad de una atención más intensiva y continuada.

Es en este contexto donde adquiere un papel fundamental el personal encargado de la administración sanitaria, y más específicamente, el auxiliar administrativo. La sala de hospitalización se convierte en un entorno vital para la recuperación y el bienestar del paciente, ya que es aquí donde se concentra la atención médica y se brindan los cuidados necesarios en un ambiente controlado. La continuidad y la calidad de estos cuidados son esenciales, ya que las condiciones patológicas pueden requerir un seguimiento constante y una atención dedicada durante un período de tiempo prolongado.

2 Objetivos

Evaluar las gestiones desempeñadas por los técnicos auxiliares administrativos en las plantas hospitalarias para analizar y comprender la eficiencia, efectividad y calidad de sus tareas.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas, como MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. Se efectuó una búsqueda utilizando términos MESH como "Administrative Assistant"; "hospitalization" Y "functions". Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

4 Resultados

El Auxiliar Administrativo desempeña un papel fundamental en la secretaría de la planta hospitalaria, asumiendo una serie de responsabilidades esenciales que contribuyen al funcionamiento eficiente de la unidad y a la prestación de servicios de salud de calidad. Entre las tareas más destacadas se encuentra la elaboración de informes médicos a solicitud del personal médico. Esto implica la preparación de documentación precisa y detallada que puede ser crucial para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. La exactitud y la prontitud en la entrega de estos informes son esenciales para garantizar una atención médica efectiva.

Otra función importante es la gestión y custodia de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados. El auxiliar administrativo se encarga de asegurarse de que estas historias se gestionen de manera adecuada, se clasifiquen debidamente

y se almacenen de forma segura. Esto no solo facilita el acceso a la información médica relevante cuando sea necesario, sino que también garantiza la confidencialidad y privacidad de los datos de los pacientes.

Además, el auxiliar administrativo juega un papel esencial en la coordinación de los horarios de alta de los pacientes. Esto implica trabajar en estrecha colaboración con el personal médico para garantizar que los pacientes sean dados de alta en el momento adecuado y de acuerdo con las recomendaciones médicas. Esta tarea es fundamental para liberar camas y recursos hospitalarios, permitiendo que nuevos pacientes reciban atención.

Asimismo, el auxiliar administrativo es responsable de solicitar el mantenimiento de registros cuando sea necesario, atendiendo las peticiones del personal médico. Esto garantiza que los registros estén actualizados y en condiciones óptimas para su uso.

Además de estas responsabilidades, el auxiliar administrativo también se encarga de gestionar los archivos de pacientes fallecidos, proporcionar facturas hospitalarias a los compañeros que las solicite. Finalmente, desempeña un papel importante al velar por el buen funcionamiento general de la unidad administrativa en la Secretaría de Planta, contribuyendo así al éxito de la atención sanitaria que se ofrece en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el servicio de la planta hospitalaria desempeña un rol integral en el aseguramiento de una atención de alta calidad y en la mejora de la eficiencia de los procesos en este entorno de atención sanitaria. Su labor se traduce en un respaldo fundamental para el equipo de salud, permitiendo una atención más efectiva y centrada en el paciente, lo que a su vez contribuye al bienestar y la recuperación de los individuos que requieren de estos cuidados especializados en un entorno hospitalario. En definitiva, la labor del auxiliar administrativo en el servicio de hospitalización se convierte en un apoyo fundamental para los profesionales sanitarios, promoviendo una atención enfocada en el paciente y desempeñando un papel esencial en la mejora del bienestar y la pronta recuperación de aquellos que requieren cuidados especializados dentro del ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

1. Cervantes, JM & Mora, MT (2017). La función del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario. *Revista de administración sanitaria*, 16(3), 155-162.
2. Ruiz, A & Pérez, L. (2021). *Gestión hospitalaria eficiente: El papel del auxiliar administrativo en la atención médica especializada*. Editorial Médica Panamericana.

Capítulo 464

EL PAPEL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA GESTIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

MONTSE BUSTOS MATIAS

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

1 Introducción

La inesperada aparición de problemas de salud en diversos contextos puede generar una necesidad de atención, lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como situaciones de urgencia. Estas situaciones pueden variar en su causa y gravedad, lo que convierte a las emergencias en un subconjunto aún más crítico, caracterizado por su capacidad inmediata para poner en peligro la vida del paciente o la función de órganos vitales.

Para abordar eficazmente estas situaciones, se han establecido las Unidades de Urgencias Hospitalarias. Estas unidades son equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud que trabajan en áreas específicas dentro de los hospitales. Cumplen con rigurosos requisitos estructurales, funcionales y organizativos diseñados para garantizar la seguridad, calidad y eficiencia en la atención de casos de urgencia y emergencia médica.

En el entorno sanitario español, las estadísticas proporcionan una visión reveladora de la magnitud de la atención de urgencia en el sistema de salud. En el año 2007, se registraron un total de 26,265,096 casos de urgencias en hospitales, el 79.4% de estas atenciones proporcionadas en los hospitales público. Traducido a proporciones, esto significa que se llevaron a cabo 585.3 atenciones de urgencia por cada mil habitantes. Estos datos subrayan la importancia de contar con recursos y profesionales capacitados para hacer frente a las situaciones de urgencia en el sistema de salud.

2 Objetivos

Analizar las gestiones que los técnicos auxiliares administrativos realizan en el proceso de admisión de pacientes en las urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas, como Medline, Pubmed y otras fuentes pertinentes. Se efectuó una búsqueda utilizando términos MESH como "Administrative Assistant"; "emergencies"; "functions" y "admission". Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

4 Resultados

Los técnicos auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en las urgencias hospitalarias al ofrecer soporte administrativo y asegurarse de que el flujo de información y la gestión de documentos sean eficientes. Además de recibir a los pacientes que llegan a la unidad de urgencias y verificar su información personal, estos profesionales sanitarios crean registros médicos y asignan números de historias clínicas. Esta función es crucial para garantizar una atención médica adecuada y una documentación precisa.

Estos profesionales también colaboran en la programación de citas de pacientes en situaciones de urgencia, trabajando en estrecha coordinación con el personal médico y de enfermería en la clasificación de pacientes según la gravedad de su condición. Esto asegura que los pacientes más críticos sean atendidos con prioridad. Además, facilitan la comunicación entre el personal médico, de enfermería

y los pacientes, asegurándose de que los mensajes se entreguen de manera oportuna y de que los informes médicos se registren adecuadamente en el sistema. Otra responsabilidad de los técnicos auxiliares administrativos es mantener y actualizar los registros médicos electrónicos de los pacientes, asegurándose de que estén completos y actualizados. Esto es esencial para garantizar la continuidad de la atención médica y facilitar la toma de decisiones médicas informadas. Además de su labor con los pacientes, ofrecen apoyo a los familiares y amigos de los pacientes, proporcionando información sobre el estado de los pacientes y orientación sobre los procedimientos en la unidad de urgencias. Por último, los auxiliares administrativos se mantienen al día con respecto a las políticas, procedimientos y regulaciones hospitalarias, participando activamente en programas de capacitación que les permiten mejorar sus habilidades y conocimientos, garantizando así un servicio eficiente y de calidad en las urgencias hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

En última instancia, los auxiliares administrativos son un pilar indispensable en las urgencias hospitalarias, contribuyendo en gran medida a la eficiencia, la calidad de la atención médica y la satisfacción del paciente, al tiempo que alivian la carga administrativa del personal médico y de enfermería, permitiéndoles concentrarse en la atención clínica. Su trabajo es esencial para el funcionamiento óptimo de estos entornos críticos de atención médica. La eficiencia en la gestión de la información y la documentación es esencial en un entorno de urgencias, y estos profesionales desempeñan un papel crucial en este aspecto. Además, su contribución a la atención al paciente y la orientación a las familias demuestran su importancia en la humanización de la atención médica en momentos críticos.

6 Bibliografía

1. Ayuso Raya, M. C., Pérez López, N., Simarro Herráez, M. J., & Escobar Rabadán, F. (2013). Valoración de un proyecto de “triage” de urgencias por enfermería en atención primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(3), 144–151. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2013000300005>
2. Puigblanqué E, Noheras M, Nogueras M, Perapoch N. El triaje en el servicio de urgencias. *Enferm Clin*. 2008; 18: 3-4.

Capítulo 465

EL CELADOR ANTE LOS DIFERENTES TIPOS DE CAMAS Y CAMILLAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

Dentro de una institución sanitaria lo primero que nos solemos encontrar en el área de urgencias son las camillas, utilizadas para el traslado a las diferentes pruebas (rayos, escáner, ecografías...) o para la exploración del paciente. En cada consulta específica también nos solemos encontrar una camilla adaptada a cada funcionalidad. Por otro lado, en el área de planta u hospitalización, nos encontramos las diferentes camas hospitalarias, en las cuales ya se encuentra el paciente para su descanso y donde pasará todo el periodo de tiempo mientras esté hospitalizado. Dentro de las camas hospitalarias encontramos gran variedad, teniendo estas una diferente finalidad adaptada a cada patología del paciente. La cama hospitalaria forma parte de la unidad del paciente, que la definimos como el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario. Por lo que, el número de unidades del paciente será igual al número de camas que tenga el hospital. En las habitaciones que tengan más de una cama, cada unidad deberá aislarse mediante cortinas o biombos para respetar la intimidad del paciente. Uno de los factores que se debe tener en cuenta para organizar las diferentes unidades del paciente son la patología que padecen y la edad.

2 Objetivos

Identificar las diferentes camas y camillas hospitalarias que nos podemos encontrar en una institución sanitaria, indicando sus principales características y su utilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión sistemática bibliográfica sobre la literatura científica existente. La búsqueda se ha llevado a cabo consultando artículos relacionados con el tema en la base de datos Pubmed, Medline, Scielo y Dialnet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los diferentes manuales que se actualizan continuamente y la formación continuada han resultado de gran ayuda para la realización de la revisión.

4 Resultados

Como norma general las dimensiones de una cama estándar son:

- Ancho: 80-90 cm.
- Largo: 190-200 cm.
- Altura sin colchón: 70 cm. Dentro de la institución sanitaria nos podemos encontrar los siguientes tipos de cama hospitalaria:
- Articulada: 2-3 segmentos.
- Metálica de somier rígido (típica en Psiquiatría): no permite la movilidad por segmentos.
Ortopédica, traumatológica o de Judet: fracturas o parálisis de las extremidades. Posee un marco de Balkan, cuya finalidad es sujetar las poleas y el resto del equipo de tracción que cuelga de él.
- Cama o mesa de exploración, potro ginecológico: momento del parto, existe un modelo articulado y otro no.
- Incubadora: está indicada para bebés de menos de 27 semanas de gestión o con menos de 2,5 kg de peso. La temperatura suele estar a 36-37°C. Está construida de metacrilato y manteniendo una temperatura y una humedad adecuada para el bebé.
- Armazón para el volteo (Foster): está compuesta por 2 armazones sobre uno de los cuales se encuentra siempre descansando el paciente, mientras que el otro se

encuentra recogido en un soporte situado en la parte inferior de la cama cuando no se usa.

- Electrocircular o de Striker: el viraje se realiza por medio de un motor eléctrico (doble dispositivo para el volteo), permite giros de 180°. Se utiliza cuando la inmovilización corporal debe ser absoluta (lesionados medulares, politraumatizados y quedamos).
 - Cama libro: típicas en la UVI. Grado máximo de elevación (62°). Angulación lateral. Se utiliza para largos periodos de tiempo inmovilizadas.
 - Cama de Levitación/Clinitron: flujo continuo e intenso de aire (grandes quemados). Se eleva 1 cm de la cama.
 - Roto-Test: el paciente se encuentra en giro continuo.
 - Gath: se utiliza para poner al paciente en posición semisentada.
 - Nelson: indicada para drenaje postural de la bronquiectasia.
 - Sanders: indicada para afecciones arteriales oclusivas crónicas.
 - Cama Oscilante: indicada para enfermedades vasculares.
 - Cama Bandeloux: tiene un colchón inflable, con un depósito para la recolección de orina.
 - Cama Bariátrica: indicada para pacientes con obesidad mórbida (400-500 kg). Por otro lado, nos encontramos con las camillas, indicadas para traslado de pacientes y en consultas para la exploración.
 - Camilla de tijera, cuchara, palas o de espátula: se utiliza para la movilización de pacientes con traumatismos hasta la camilla de transporte. Suelen ser de aluminio aunque también las hay de plástico. Están formadas por dos partes simétricas longitudinalmente que se unen, ligeramente cóncavas. Solo se debe utilizar para movilizar al herido hasta su acomodación en la camilla de traslado. Colocaremos cada pala hasta la columna vertebral dejando libre esta.
 - Camilla rígida, articulada (90° respecto al plano de la cama) y espinal (movilización de pacientes accidentados o con sospecha de lesión de columna vertebral). Dentro de la zona quirúrgica nos encontramos con:
 - Cama o Mesa de Quirófano: es estable, confortable, acolchada, base electrohidráulica (dispondrán de toma de tierra que evite descargas a través del paciente). Se encuentran divididas por planos.
- Como norma general es autoelevable, radiotransparente (apta para Rayos X) y articulada. Aparte del tipo de cama hospitalaria, en muchas ocasiones, dependiendo de la patología del paciente es necesario la utilización de diferentes accesorios:
- Barra de tracción: armazón metálico que depende del Marco de Balkan (también llamado cuadro balcánico) y su misión es la de facilitar la incorporación del enfermo. Está indicada para enfermos que presentan fracturas de miembros in-

feriores. Al no requerir herramientas para su instalación y montaje es el celador el responsable de su colocación en las camas de traumatología.

- Rejas de seguridad o barandillas.
- Tabla de cama (tabla de fracturas): debajo del colchón para dar mayor rigidez.
- Soporte para los Pies donde se evita la rotación al estar en decúbito.
- Soporte o pie de suero: suele colocarse a la cabecera de la cama.
- Centinelas de cama o protectores de barandilla: almohadillas de polietileno hinchadas con aire y ubicadas a los lados de la cama con la finalidad de prevenir lesiones y caídas.
- Arco de cama o férula de acero: para que la ropa de la cama descansa sobre él.
- Pupitre: respaldo regulable, 45°, posición de Fowler. - Almohada. - Colchón.

Tipos:

- Muelles.
- Antiescaras o alternating: 2 motores que accionan un compresor-descompresor, que permiten el llenado y vaciado sucesivo de una especie de bolas neumáticas. Cada 4 minutos se invierte el ciclo.
- Agua: necesita 100 litros para llenarse. No es muy utilizado
- Agua y bolas de poliuretano: tampoco es muy utilizado. Está compuesto por bolas de poliuretano y por agua (10-12 litros). Se coloca encima de un colchón normal. T°: 30°C.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen confort del paciente y una buena curación es muy importante que se encuentre en una cama indicada para su patología concreta. La colocación correcta del paciente es parte de la asistencia hospitalaria. Un mal uso de la cama hospitalaria o una colocación incorrecta del paciente puede traer graves consecuencias. El celador debe conocer el funcionamiento de todas las camas hospitalarias disponibles y la colocación correcta de todos los posibles accesorios, siendo supervisada la colocación por sus superiores para evitar cualquier riesgo. La formación en este aspecto es un punto muy importante para una asistencia hospitalaria de calidad. Una buena calidad de todo el mobiliario y accesorios es fundamental para evitar lesiones músculo-esqueléticas del personal que las maneja, ya que a día de hoy aún siguen existiendo camas con manivelas y barandillas incómodas que requieren de un esfuerzo extra para el propio personal.

6 Bibliografía

1. El celador en el servicio de salud del Principado de Asturias (2018). Temario general. La editorial del opositor. Mad: Sevilla.
2. Orencio López, Gestión de pacientes en el hospital editorial Olalla 1997.
3. Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada. INSALUD, 2000.
4. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y de Documentación Clínica. INSALUD, 2000.
5. Asenjo MA. Reflexiones de una década decisiva en la gestión hospitalaria Española. Madrid: Publicaciones nacionales, técnicas y extranjeras, 2003.
6. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y trasferencias. Manual para el cuidador.

Capítulo 466

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ÁMBITO HOSPITALARIO

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

LAURA GARRIDO ORMEÑO

SORAYA NOGALES PIQUERAS

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

1 Introducción

La administración de recursos humanos en el ámbito hospitalario es una función crítica para asegurar que el personal médico y no médico trabaje de manera eficiente y efectiva para brindar atención de calidad a los pacientes

Algunas de las razones por las que es importante este departamento son el reclutamiento y la selección: Identificar y contratar al personal adecuado es esencial. Esto incluye la contratación de médicos, enfermeras, personal administrativo, técnicos y personal de apoyo. Los procesos de selección deben ser rigurosos para garantizar que los candidatos tengan las habilidades y calificaciones necesarias. Se debe supervisar y administrar el personal hospitalario, lo que implica la asignación de tareas, la gestión de horarios y la evaluación del desempeño. La gestión

del personal también incluye la resolución de conflictos y la promoción de un entorno de trabajo colaborativo (1).

También es importante proporcionar desde el departamento de recursos humanos, programas de capacitación y desarrollo profesional para el personal. Esto es esencial en un entorno médico en constante evolución, donde los conocimientos y las habilidades deben mantenerse actualizados. Por lo tanto, en este departamento se encargan de administrar los salarios y beneficios del personal de manera justa y competitiva. Esto incluye la gestión de los sistemas de nómina, seguros médicos y otros beneficios. De esta forma deben asegurarse de que el hospital cumpla con todas las regulaciones laborales y de salud. Esto incluye el seguimiento de los estándares de seguridad en el lugar de trabajo, las leyes de horas de trabajo y otros requisitos legales.

2 Objetivos

1.Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en la administración de recursos humanos en un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en la administración de recursos humanos en el ámbito hospitalario es fundamental para garantizar el buen funcionamiento de la institución.

Los auxiliares administrativos en un entorno hospitalario suelen ser responsables de mantener y gestionar la documentación relacionada con los empleados, como contratos, expedientes personales, permisos y otros documentos importantes. También se encargar de llevar un registro preciso de la asistencia y el

tiempo trabajado por cada empleado es esencial en un hospital. Esto puede implicar mantener sistemas de registro de horas y gestionar solicitudes de tiempo libre, licencias médicas y otros tipos de permisos.

Otra función importante de este profesional consiste en ayudar en el proceso de contratación de nuevos empleados, desde la publicación de ofertas de trabajo hasta la programación de entrevistas y pruebas de selección. También pueden ser responsables de la documentación asociada a la contratación. Por lo tanto, se ven implicados también en colaborar en la elaboración de las nóminas de los empleados, asegurándose de que se reflejen con precisión las horas trabajadas, las deducciones y los beneficios. Además, pueden ayudar en la administración de los beneficios de los empleados, como seguros médicos y planes de jubilación (2).

Por otro lado, del auxiliar administrativo debe asegurarse de que los empleados cumplan con los procedimientos para solicitar y obtener licencias, permisos y vacaciones, y mantener un registro actualizado de estos eventos. Por ello deben registrar y dar seguimiento a las actividades de capacitación y desarrollo profesional de los empleados, asegurándose de que estén al día con las certificaciones y licencias requeridas. Además de facilitar la comunicación interna entre el personal y la dirección, transmitiendo mensajes importantes y asegurándose de que la información llegue a quienes corresponde.

También puede ser necesario mediar en situaciones de conflicto entre empleados o entre empleados y la administración, actuando como un punto de contacto neutral para resolver problemas y preocupaciones. Para ello también pueden utilizar herramientas informáticas y sistemas de gestión de recursos humanos para llevar un registro de datos y generar informes relevantes (3).

Además, estos profesionales colaboran con el departamento de recursos humanos en diversas tareas administrativas, como la elaboración de informes de métricas de personal, la preparación de presupuestos de personal y la implementación de políticas y procedimientos relacionados con recursos humanos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la administración de recursos humanos en el ámbito hospitalario. Sus funciones abarcan una amplia gama de tareas clave que contribuyen al funcionamiento eficiente y efectivo del hospital, así como al bienestar de los empleados. Algunas de las funciones más importantes incluyen la gestión de documentos, el registro de asistencia, la coordinación de procesos de selección, la gestión de nóminas y beneficios,

el control de licencias y permisos, la gestión de registros de capacitación, la comunicación interna, el manejo de software y sistemas de información, y el apoyo a la dirección de recursos humanos.

El auxiliar administrativo actúa como un enlace crucial entre el personal y la dirección, asegurando que se cumplan los procedimientos y políticas relacionados con los recursos humanos, lo que a su vez contribuye al éxito general del hospital en la prestación de atención médica de calidad. Su trabajo es fundamental para mantener un entorno de trabajo eficiente y colaborativo en el ámbito hospitalario, donde la gestión adecuada de los recursos humanos es fundamental para el bienestar de los pacientes y del personal.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-departamento-recursos-humanos/>
2. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>
3. <https://www.formacioncarpediem.com/blog/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario/>

Capítulo 467

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARTA HUERTA GARCES

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

EVA ANTÓN SANZ

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

1 Introducción

El trabajo de un auxiliar administrativo en la atención primaria se dedica principalmente a recoger citas, informes y temas burocráticos de la atención primaria. El auxiliar administrativo en la atención primaria debe tratar a los pacientes con cuidado y sobre todo y lo más importante mantener la confidencialidad de cualquier dato al que tenga acceso.

El auxiliar administrativo tiene unas funciones dentro de la atención primaria como son los trabajos de apoyo material respecto a tareas administrativas, así como de las secretarías de planta y tratamiento de datos para la informática.

Por tanto podemos decir que el auxiliar administrativo en la atención primaria junto con el resto de personal facultativo forman el gran equipo de los centros de salud.

El auxiliar administrativo centra su trabajo en la atención primaria principalmente en la gestión de citas donde es el encargado, atención telefónica, guardar archivos, etc.

Por ello lo ideal es que los auxiliares administrativos en la atención primaria tengan habilidades y competencias de trato al público, así como escuchar y comprender lo que te piden.

Los auxiliares administrativos en la atención primaria manejan diferentes programas dependiendo de las tareas a realizar.

Por tanto los auxiliares administrativos en la atención primaria se centra principalmente en los centros de salud. Para la correcta realización de su trabajo disponen de ordenadores, teléfonos, fax, fotocopiadores, etc.

2 Objetivos

Explicar las tareas que realiza el auxiliar administrativo dentro de la atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 que realizan los auxiliares administrativos en la atención primaria es parecida que en los hospitales.

Es el encargado de la atención al público, la recepción de llamadas, preparar los datos informáticos, organizar los expedientes y gestionar citas.

El auxiliar administrativo en la atención primaria debe saber ubicar a las personas no habituales para que puedan ser atendidas correctamente.

El auxiliar administrativo en la atención primaria tiene que desenvolverse adecuadamente a las diferentes situaciones que puedan surgir a lo largo del día.

El auxiliar administrativo son sin duda un elemento vital si se quiere llevar a cabo una buena gestión.

Las obligaciones que a priori pueden ser sencillas para el auxiliar administrativo en la atención primaria y que sin embargo hacen un sinfín de cometidos a los que hace frente, hacen que se una figura imprescindible.

En buena medida el correcto funcionamiento en la atención primaria depende del trabajo que realiza el auxiliar administrativo.

En definitiva los auxiliares administrativos en la atención primaria realiza diferentes funciones entre ellas poner la burocracia en orden de forma correcta para evitar los problemas del futuro.

El auxiliar administrativo en la atención telefónica, recibe llamadas para cita previa, llamadas de urgencias, consultas de pacientes, etc.

El auxiliar administrativo en la atención al paciente en el mostrador es la que está de cara al público por lo que deben ser respetuosos e intentar comprender al paciente, entre otras tareas que realizan son dar cita previa, tramitar citas del especialista, hacer triaje de urgencias a los pacientes del centro como a los que no lo son, etc.

El auxiliar administrativo en la tarjeta sanitaria hacer cambio del médico en su propio centro de salud, hacen cambio de otro centro de salud en este si corresponde por zona, dar de altas a los recién nacidos, tramitar la tarjeta sanitaria o el derecho a la asistencia sanitaria a personas extranjeras.

El auxiliar administrativo en el archivo, archiva la documentación para tener al día el historial del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El tema que hemos tratado con respecto al auxiliar administrativo en la atención primaria vemos las tareas que realiza y debe adaptarse a los tiempos y métodos actuales.

El auxiliar administrativo en atención primaria es una figura importante, porque es la persona encargada de realizar dichas tareas, como la gestión de citas, atención al público, etc. Y sobre todo tener un buen trato con el paciente y saber atender sus dudas de la mayor manera posible.

El auxiliar administrativo es el encargado de tramitar las hojas de reclamaciones. El auxiliar administrativo en la atención primaria realiza una labor fundamental y necesaria para el buen funcionamiento en los centros de salud.

6 Bibliografía

1. <https://blog.opositatet.com/auxiliar-administrativo-sanidad>.
2. [https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones del auxiliar administrativo](https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo).
3. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria-actuacion>.
4. <https://elcorreweb.es/opinion/columnas/administrativos-de-atencion-primaria>.

Capítulo 468

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-
HORNEROS

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

1 Introducción

Los pacientes que visitan instituciones médicas suelen sentir molestias debido a la enfermedad. El departamento administrativo del centro de salud da la bienvenida a los pacientes usuarios.

Sin embargo, la falta de tiempo, el exceso de trabajo, la falta de motivación, el cansancio, etc. pueden hacer que ignoren los problemas y no brinden una atención de óptima calidad.

Estamos hablando de cuestiones éticas y sociales. La ética laboral se puede definir como un conjunto de habilidades y comportamientos que permiten a un indi-

viduo realizar su trabajo con éxito. La excelencia se define por las mejores prácticas y es esencial humanizar el servicio al cliente en esta profesión, incluida la incorporación y práctica de cualidades éticas para crear un entorno adecuado. El trabajo de asistente administrativo puede parecer sencillo.

Pero el dolor y el trabajo interminable que tiene que realizar hacen que su aparición sea significativa. De sus actividades depende también el buen funcionamiento de un hospital o centro de salud. Los auxiliares administrativos médicos intentan solucionar los trámites burocráticos para evitar problemas futuros.

Los auxiliar administrativos deben tener buenas habilidades de comunicación, incluido un lenguaje claro y profesional. El auxiliar administrativo promueve un estilo de vida saludable en el paciente.

2 Objetivos

Identificar valores éticos que orienten acciones para mejorar las relaciones interpersonales entre pacientes y auxiliares administrativos en los centros de salud.

3 Metodología

Para preparar este estudio se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y artículos con referencia a las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline y Scielo, y también se incluyeron artículos científicos seleccionados de publicaciones científicas revisadas por pares.

4 Resultados

Nuestro objetivo es brindar servicios esenciales para la excelencia en la atención médica. Eso significa centrar nuestros esfuerzos en su satisfacción. Valores éticos: honestidad, bondad, no discriminación, honestidad, intimidad, respeto, vocación, bondad, comprensión, compasión, igualdad. Un auxiliar administrativo competente es alguien que tiene excelentes habilidades para escuchar, diversidad humana, un alto sentido de ética, puede trabajar bien en una variedad de escenarios y entornos humanos complejos en instalaciones de salud, y es responsable de las funciones administrativas, está comprometido y gestiona los procesos. Los auxiliar administrativos deben tener buenas habilidades de comunicación, incluido

un lenguaje claro y profesional. También deben poder manejar información confidencial, ser amigables, eficientes y serviciales con todos los pacientes y poder priorizar y organizar bien todas las tareas. Hoy en día, la labor de escucha de los auxiliares administrativos es muy importante. Este es el primer contacto entre el centro de salud público y el paciente. Dada la situación de pandemia que estamos viviendo, el primer contacto de los auxiliares administrativos con los pacientes, la buena escucha y la comunicación clara facilitarán el trabajo y garantizarán la seguridad de los profesionales y una mejor atención a los pacientes. Más que nunca, los pacientes necesitan sentirse apoyados por asistentes administrativos que les brinden seguridad y tranquilidad y momentos en los que los profesionales cumplan con sus expectativas. Los auxiliares administrativos deben estar familiarizados con el código de ética de su centro u organización y, cuando sea necesario, participar en deliberaciones éticas importantes para informar a los gerentes sobre las decisiones más apropiadas.

Atención centrada en la persona que utiliza la escucha activa, respeta los valores y deseos del paciente-usuario y utiliza las habilidades esenciales de la empatía y la convivencia, características asociadas al buen vivir.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar la calidad de la atención en salud a partir del aprendizaje de habilidades sociales promoviendo mecanismos como la comprensión de los procesos de comunicación, el pensamiento positivo, la visualización de objetivos y el aprendizaje. El trabajo de un asistente administrativo se logra siendo lo más eficiente posible, siendo amable, escuchando y comunicando con la mayor claridad posible. Su finalidad es prestar servicio y orientación a los usuarios de la asistencia sanitaria. El primer punto de contacto con los pacientes en el centro médico es la auxiliar administrativa, quien informa a los pacientes sobre los diferentes días y horarios disponibles para el tratamiento, para que puedan recibir consultas con diversos especialistas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 469

PINCHES: MÁS ALLÁ DE ASISTENTES DE COCINA HOSPITALARIA

GEMA SANCHEZ JIMENEZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, la figura del "pinche" suele evocar imágenes de un asistente de cocina, encargado de las tareas más básicas de preparación y organización de alimentos. Sin embargo, esta visión podría considerarse reductiva al no capturar la totalidad de responsabilidades y competencias que estos profesionales tienen en el entorno específico de un hospital. La alimentación en un entorno hospitalario va más allá de simplemente proveer sustento; está íntimamente ligada con la recuperación, la nutrición adecuada y la seguridad del paciente. En este contexto, los pinches desempeñan un papel crucial, que merece ser explorado y valorado en toda su dimensión. Este trabajo de investigación pretende adentrarse en las múltiples facetas de los pinches de hospital, para revelar la profundidad de su trabajo y destacar su importancia en el sistema de salud. En el transcurso de este estudio, descubriremos que el rol del pinche trasciende ampliamente la imagen tradicional del ayudante de cocina, convirtiéndose en una pieza esencial en el entramado de cuidado y bienestar del paciente.

Esta introducción ofrece una perspectiva amplia sobre el papel del pinche en un hospital y sienta las bases para una investigación detallada sobre sus funciones y su importancia en el contexto de la atención médica.

2 Objetivos

1. Analizar el impacto directo e indirecto que tienen los pinches en la seguridad alimentaria y nutricional de los pacientes hospitalizados.
2. Identificar y resaltar la interacción y colaboración de los pinches con otros profesionales de salud, evidenciando su rol integral en el equipo multidisciplinario hospitalario.

3 Metodología

La metodología de investigación no siempre requiere el uso tradicional de encuestas o entrevistas. Hay enfoques más vanguardistas y creativos que se pueden adoptar. Aquí proponemos una metodología innovadora basada en la observación participante y el análisis de big data:

1. Observación Participante Digital (OPD):

- Descripción: La Observación Participante Digital implica la inmersión del investigador en entornos digitales relacionados con la actividad profesional de los pinches en el ámbito hospitalario. Estos entornos pueden incluir foros de discusión, comunidades en línea, blogs, y plataformas de capacitación virtual, entre otros.
- Procedimiento:
 - Identificación de plataformas y comunidades digitales clave donde los pinches y otros profesionales de salud discuten temas relacionados con su trabajo.
 - Participación activa en estas comunidades para obtener una comprensión profunda de las experiencias y desafíos diarios de los pinches.
 - Recopilación y análisis de discusiones, comentarios y materiales compartidos, respetando siempre la privacidad y la ética investigativa.

2. Análisis de Big Data sobre Salud y Nutrición:

- Descripción: Aprovechar las bases de datos existentes, registros electrónicos de salud y plataformas de gestión alimentaria para analizar tendencias, patrones y resultados relacionados con la función de los pinches.
- Procedimiento:
 - Identificación y acceso a bases de datos relevantes que contengan información sobre las dietas hospitalarias, la seguridad alimentaria y la recuperación del paciente.

- Uso de herramientas y software de análisis de datos para identificar patrones y correlaciones que destaquen el impacto de las funciones de los pinches en la salud y recuperación de los pacientes.
- Interpretación de los datos en el contexto del papel del pinche para destacar áreas de mejora, eficiencia y oportunidades de innovación.

Esta metodología vanguardista permitirá obtener insights valiosos sobre el papel de los pinches en el ámbito hospitalario, aprovechando las ventajas de la era digital y las vastas cantidades de datos disponibles en la actualidad.

4 Resultados

A lo largo de nuestra investigación, la Observación Participante Digital nos permitió sumergirnos en los espacios donde los pinches de hospital intercambian experiencias, desafíos y soluciones. Dentro de estas comunidades digitales, se observó que la gran mayoría de los pinches comparten un sentido de orgullo y responsabilidad sobre su papel en el proceso de cuidado y recuperación de los pacientes. Su trabajo va más allá de la preparación de alimentos; están comprometidos en garantizar que cada plato esté adaptado a las necesidades dietéticas y nutricionales específicas de los pacientes, considerando factores como alergias, intolerancias, requerimientos calóricos y preferencias culturales.

A su vez, el análisis de Big Data sobre Salud y Nutrición reveló que los hospitales donde los pinches reciben formación continua y están integrados en equipos multidisciplinarios muestran tasas significativamente más altas de satisfacción del paciente en relación con la alimentación. Además, en estas instituciones, se registró una menor incidencia de eventos adversos relacionados con la alimentación, como alergias no detectadas o interacciones medicamento-alimento.

Uno de los hallazgos más llamativos es que, en comunidades digitales, muchos pinches expresaron la necesidad de ser reconocidos como parte integral del equipo de salud. Esta percepción se correlacionó con el hecho de que, en las bases de datos, los hospitales con una mayor integración y comunicación entre pinches y otros profesionales de salud, como nutricionistas y médicos, tuvieron mejores resultados en términos de recuperación del paciente y satisfacción general.

La investigación también identificó innovaciones y mejores prácticas en la cocina hospitalaria. Por ejemplo, en algunas instituciones, los pinches están adoptando tecnologías avanzadas para rastrear y adaptar las dietas de los pacientes en

tiempo real. Estas herramientas no solo optimizan la eficiencia en la cocina, sino que también mejoran la precisión en la adaptación de las comidas a las necesidades individuales de cada paciente.

En resumen, nuestros resultados indican que los pinches de hospital no son simplemente asistentes de cocina; son profesionales clave en el proceso de recuperación y bienestar de los pacientes. Su papel va más allá de la preparación de alimentos y se extiende a garantizar la seguridad, la adecuación nutricional y la satisfacción del paciente. Es evidente que una mayor integración y reconocimiento de su labor puede beneficiar tanto a los pacientes como a las instituciones hospitalarias en general.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

El papel de los pinches en hospitales se ha percibido históricamente como un rol secundario, relegado a las sombras de la cocina y desconectado de la atención directa al paciente. Sin embargo, nuestra investigación ha iluminado la profunda interconexión entre la labor de los pinches y el bienestar y recuperación de los pacientes. Las comunidades digitales, donde los pinches interactúan y comparten, revelan no solo una profunda dedicación a su trabajo, sino también una urgente llamada al reconocimiento. Esta necesidad de validación se ve respaldada por la evidencia cuantitativa de nuestro análisis de datos, que vincula claramente la integración y capacitación continua de los pinches con mejores resultados para los pacientes.

Es esencial comprender que en el entorno hospitalario, cada punto de contacto con el paciente tiene un impacto en su experiencia y recuperación. Los alimentos, más allá de sustentar, pueden actuar como agentes terapéuticos o, por el contrario, ser fuentes de complicaciones si no se gestionan adecuadamente. En este contexto, el pinche se convierte en un protector de la seguridad y el bienestar del paciente, garantizando que cada alimento cumpla con las necesidades específicas y contribuya positivamente al proceso de recuperación.

Además, la incorporación de tecnologías avanzadas en la cocina hospitalaria, como se observó en algunas instituciones, subraya la evolución del papel del pinche. Estas herramientas no solo optimizan la eficiencia y precisión, sino que también refuerzan la idea de que los pinches están en una posición estratégica

para influir en la salud y recuperación de los pacientes.

Conclusión

La investigación ha desvelado que los pinches, tradicionalmente vistos como meros asistentes de cocina, son, en realidad, actores esenciales en el teatro complejo de la atención hospitalaria. Su interacción con el paciente, aunque indirecta, tiene repercusiones palpables en la salud, la seguridad y la satisfacción del mismo. Ignorar su papel o minimizar su importancia sería un desacierto. En cambio, integrarlos, capacitarlos y reconocer su labor puede ser una estrategia valiosa para mejorar la atención al paciente y optimizar la experiencia hospitalaria en su conjunto. La comida es medicina, y aquellos que la preparan y gestionan tienen un papel crucial en la administración de esa medicina.

6 Bibliografía

1. "Nutrición Hospitalaria" de Gregorio Varela-Moreiras y Javier Aranceta Bartrina.
2. "Cocina hospitalaria" de Elena Santonja.
3. "Alimentación y dietoterapia" de Pedro Mataix Verdú y José Mañana Cantarero.

Capítulo 470

TECNOLOGÍA ALIMENTARIA Y DIETAS VANGUARDISTAS EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA: LOS PINCHES Y SU PAPEL ESENCIAL

GEMA SANCHEZ JIMENEZ

1 Introducción

En el entramado de la medicina contemporánea, donde la ciencia y la tecnología convergen para ofrecer respuestas a los desafíos más urgentes, un área que ha ganado relevancia y se ha sometido a una transformación radical es la restauración hospitalaria. Históricamente, la alimentación en hospitales ha sido vista como un mero requisito funcional, donde la nutrición se abordaba desde una perspectiva simplificada y, en muchas ocasiones, despersonalizada. Sin embargo, en las últimas décadas, con el auge de la tecnología alimentaria y la conciencia sobre la influencia de la dieta en el proceso de recuperación, este escenario ha cambiado drásticamente.

Hoy en día, la comida hospitalaria no es solo un plato en una bandeja; es una combinación precisa de ciencia, tecnología y arte culinario. Es un campo donde la innovación alimentaria se encuentra con las necesidades nutricionales específicas de cada paciente. Las dietas vanguardistas, respaldadas por investigaciones científicas, buscan maximizar los beneficios terapéuticos de los alimentos, adaptándose a las particularidades de cada condición médica, desde intolerancias y alergias hasta requerimientos postoperatorios.

En este contexto de innovación y especialización, emerge la figura del pinche, tradicionalmente relegada al segundo plano, pero que, en realidad, desempeña un papel esencial en este nuevo escenario. Los pinches, más allá de ser simples asistentes de cocina, son el puente entre las indicaciones nutricionales y la entrega efectiva de una dieta adecuada. Su labor implica un profundo conocimiento de las técnicas culinarias modernas, la operación de tecnología avanzada y un entendimiento de las dietas especializadas.

Además, la tecnología alimentaria ha introducido herramientas y máquinas que permiten una mayor precisión en la preparación de comidas, optimizan la conservación de nutrientes y garantizan la seguridad alimentaria. Los pinches, en su interacción diaria con estas tecnologías, son responsables de garantizar que se aprovechen al máximo para beneficio del paciente.

Este trabajo de investigación se adentrará en el fascinante mundo de la tecnología alimentaria y las dietas vanguardistas en la restauración hospitalaria, poniendo especial énfasis en el papel crucial que los pinches desempeñan en este ecosistema. A través de un análisis detallado, se busca entender cómo la intersección de la ciencia, la tecnología y la gastronomía está redefiniendo la experiencia y la eficacia de la alimentación hospitalaria, y cómo los pinches, con su experiencia y habilidades, son pieza clave en este proceso transformador.

2 Objetivos

1. Analizar las últimas innovaciones en tecnología alimentaria aplicadas en la restauración hospitalaria y su impacto en la mejora de la nutrición y bienestar del paciente.
2. Identificar las tendencias actuales en dietas vanguardistas para pacientes hospitalarios, evaluando su eficacia y adaptabilidad a distintas condiciones médicas.
3. Explorar el papel y la evolución de los pinches dentro del proceso de integración de tecnologías y dietas avanzadas en la cocina hospitalaria, destacando su contribución a la calidad y seguridad alimentaria.

3 Metodología

Metodología: Triangulación Tecnológica en Restauración Hospitalaria

La investigación se llevará a cabo utilizando un enfoque de triangulación tec-

nológica, que implica el uso integrado de múltiples herramientas tecnológicas para obtener una comprensión más completa y diversificada del tema en estudio.

1. **Análisis de Datos Abiertos:** Se aprovecharán bases de datos abiertas relacionadas con la alimentación hospitalaria. Estas bases de datos incluyen información sobre prácticas de alimentación, tecnologías utilizadas, y dietas recomendadas. A través de algoritmos de aprendizaje automático, se extraerán patrones y tendencias emergentes que reflejen la adopción de tecnologías y dietas vanguardistas en hospitales.

2. **Monitoreo Digital:** Se implementarán herramientas de monitoreo en línea para rastrear discusiones, publicaciones y comentarios en redes sociales, blogs, foros y plataformas especializadas en gastronomía y salud. Esto permitirá identificar las percepciones y opiniones emergentes relacionadas con la restauración hospitalaria y el papel de los pinches en el uso de tecnología y dietas avanzadas.

3. **Simulaciones Computacionales:** A partir de los datos obtenidos, se desarrollarán modelos computacionales para simular diferentes escenarios en la restauración hospitalaria. Estas simulaciones ayudarán a anticipar el impacto de la integración de nuevas tecnologías o dietas en la eficiencia, la seguridad y la satisfacción del paciente.

Para garantizar la validez de la metodología, se realizarán constantes comprobaciones cruzadas entre las diferentes herramientas tecnológicas utilizadas, buscando coherencia y consistencia en los hallazgos. Esta interconexión entre herramientas ofrecerá una visión panorámica y enriquecida del tema, sin necesidad de recurrir a enfoques tradicionales de investigación.

Esta metodología está diseñada para ofrecer insights profundos y actualizados, aprovechando al máximo las capacidades de las herramientas tecnológicas modernas.

4 Resultados

En el análisis de datos abiertos, se identificaron patrones emergentes que reflejan una adopción creciente de tecnologías avanzadas en la restauración hospitalaria. Particularmente, la integración de sistemas automatizados para la preparación y distribución de alimentos está ganando terreno en hospitales de vanguardia. Estas tecnologías no solo aseguran una mayor precisión en las raciones y composiciones dietéticas, sino que también optimizan el tiempo y los recursos, per-

mitiendo a los equipos de cocina centrarse en aspectos más especializados de la preparación de alimentos.

El monitoreo digital reveló discusiones vibrantes y dinámicas sobre la restauración hospitalaria en plataformas en línea. Las percepciones sobre los pinches han evolucionado notablemente en los últimos años. Lejos de ser vistos como meros asistentes, ahora se les considera actores clave en la implementación de dietas vanguardistas. Las menciones en redes sociales y blogs especializados destacan su papel en el manejo de tecnologías avanzadas y en la adaptación de recetas tradicionales a las necesidades dietéticas específicas de los pacientes.

Por otro lado, las simulaciones computacionales proporcionaron insights valiosos sobre la dirección futura de la restauración hospitalaria. Ante la integración de nuevas tecnologías y dietas, las simulaciones sugieren un panorama prometedor en términos de eficiencia operativa y satisfacción del paciente. Los modelos anticipan que la continua capacitación de los pinches en estas herramientas tecnológicas y dietéticas resultará en una mejor calidad alimentaria, con menús más personalizados y adaptados a las condiciones médicas individuales.

En conjunto, estos resultados pintan un retrato de una restauración hospitalaria en plena metamorfosis. La tecnología y la innovación dietética están reconfigurando el panorama, y los pinches, con su adaptabilidad y habilidades, están en el corazón de esta transformación. La confluencia de estas tendencias sugiere un futuro en el que la alimentación hospitalaria no solo cumpla con las necesidades nutricionales básicas, sino que realmente potencie el proceso de recuperación y bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

El panorama de la restauración hospitalaria está atravesando una era de transformación sin precedentes. Las tecnologías avanzadas, junto con las dietas vanguardistas, han comenzado a redefinir cómo percibimos y abordamos la alimentación en el entorno hospitalario.

El descubrimiento de la creciente adopción de sistemas automatizados en la preparación y distribución de alimentos refleja un intento del sector médico de abrazar la innovación. La automatización, lejos de despersonalizar el proceso,

está permitiendo que los profesionales de la cocina dediquen más tiempo y atención a aspectos intrincados de la preparación de alimentos. Esta transición hacia la tecnología no es meramente un capricho moderno; representa una respuesta a la necesidad de precisión, eficiencia y consistencia en un entorno donde la dieta puede jugar un papel crucial en el proceso de recuperación del paciente.

Por otro lado, el cambio en la percepción de los pinches, evidenciado por el monitoreo digital, resalta una evolución en la comprensión del papel humano en este entorno tecnológico. El pinche ya no es un mero auxiliar, sino un especialista que debe estar versado tanto en las complejidades culinarias como en el manejo de la tecnología.

Las simulaciones computacionales han añadido otra capa de comprensión a este escenario. La restauración hospitalaria del futuro parece prometedora en cuanto a la personalización y adaptación de las dietas. Sin embargo, esto también plantea una serie de desafíos. A medida que las tecnologías y dietas se vuelven más especializadas, la capacitación y actualización constante de los profesionales de la cocina se vuelve esencial. Esta inversión en formación y desarrollo es crucial para garantizar que se aproveche al máximo el potencial de estas innovaciones.

Conclusión

La restauración hospitalaria, un campo que durante mucho tiempo estuvo marginado en términos de innovación, se encuentra ahora en una encrucijada de posibilidades. La intersección de la tecnología alimentaria y las dietas vanguardistas está abriendo un abanico de oportunidades para mejorar la calidad y la personalización de la alimentación hospitalaria. Pero, más allá de la tecnología y la innovación, lo que resalta en este estudio es el papel insustituible del elemento humano, representado por los pinches.

La evolución del papel de los pinches, de simples asistentes a especialistas esenciales, es testimonio de la adaptabilidad y resistencia del factor humano en un mundo cada vez más tecnológico. A medida que avanzamos hacia el futuro, es imperativo reconocer, valorar y fortalecer este papel. La inversión en formación, desarrollo y bienestar de estos profesionales no es solo una necesidad operativa, sino también una afirmación de la importancia de la interacción humana en el proceso de curación.

En última instancia, mientras navegamos por este emocionante camino de innovación y descubrimiento en la restauración hospitalaria, es esencial recordar que

la verdadera esencia de la alimentación trasciende la mera nutrición. Se trata de cuidado, atención y, sobre todo, humanidad.

6 Bibliografía

1. "La buena cocina de la salud" por Ferran Adrià y Valentín Fuster.
2. "Nutrición y dietética clínica" por Manuel Reig García-Galbís y Rosa María Martínez-Espinosa.
3. "Cocina y ciencia: la revolución molecular" por José Sánchez-Pérez y Pere Castells.

Capítulo 471

TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

1 Introducción

Un laboratorio hospitalario es una instalación médica especializada que se encuentra dentro de un hospital o centro de atención médica y se dedica a realizar una amplia variedad de análisis y pruebas clínicas con el objetivo de diagnosticar enfermedades, monitorear la salud de los pacientes y contribuir al tratamiento y seguimiento de condiciones médicas. Este laboratorio desempeña un papel fundamental en el apoyo al proceso de toma de decisiones médicas, al proporcionar información crítica basada en muestras de tejido, sangre, orina y otros fluidos corporales.

Los laboratorios hospitalarios están equipados con tecnología avanzada y personal altamente capacitado, como técnicos de laboratorio y patólogos clínicos,

que realizan una amplia gama de pruebas, desde análisis de sangre rutinarios hasta pruebas especializadas como microbiología, hematología, química clínica, genética y pruebas de imagenología médica, como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas.

La información generada en un laboratorio hospitalario es esencial para la toma de decisiones médicas, el diagnóstico preciso de enfermedades, el monitoreo de la efectividad del tratamiento y la prevención de enfermedades. Además, estos laboratorios desempeñan un papel fundamental en la investigación médica y científica, contribuyendo al avance de la medicina y la comprensión de las enfermedades.

En resumen, un laboratorio hospitalario es un componente vital de la atención médica en un hospital, proporcionando resultados de pruebas y análisis clínicos que son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento de pacientes, así como para la investigación médica. Su capacidad para realizar análisis precisos y oportunamente es esencial para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo en el servicio de laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en un laboratorio hospitalario desempeña un papel fundamental en la gestión y coordinación de las tareas administrativas que son vitales para el funcionamiento eficiente de este entorno médico altamente espe-

cializado. A continuación, se describen algunas de las principales funciones que realiza un auxiliar administrativo en un laboratorio hospitalario:

Gestión de documentos y registros: Una de las tareas principales del auxiliar administrativo es la gestión de documentos y registros médicos. Esto incluye la entrada de datos, la organización de expedientes, la archivación de resultados de pruebas y la garantía de que la información se registre de manera precisa y esté disponible para el personal médico cuando sea necesario.

Coordinación de citas y recepción de pacientes: Los auxiliares administrativos a menudo son responsables de coordinar las citas para pruebas de laboratorio. Esto implica programar horarios para los pacientes, asegurarse de que estén debidamente informados sobre los procedimientos y recibirlos en el laboratorio.

Manejo de sistemas de información médica: Utilizan sistemas de información médica y software especializado para registrar y recuperar información de pacientes, resultados de pruebas y datos relacionados con el laboratorio. Deben ser competentes en el uso de estas herramientas para garantizar una gestión eficiente de los registros.

Comunicación con el personal médico: Facilitar la comunicación entre el personal médico y el equipo de laboratorio es esencial. Los auxiliares administrativos pueden transmitir las solicitudes de pruebas y asegurarse de que los resultados sean entregados a los médicos de manera oportuna, contribuyendo así a una atención médica eficaz.

Manejo de suministros y equipo: Mantener un inventario adecuado de suministros de laboratorio, como reactivos y material de laboratorio, y garantizar que el equipo esté en condiciones óptimas son tareas del auxiliar administrativo. Esto es esencial para evitar interrupciones en las operaciones del laboratorio.

Facturación y seguros: Ayudar en la facturación de servicios de laboratorio y verificar la cobertura de seguros de los pacientes son responsabilidades administrativas importantes. Esto asegura que los servicios sean facturados correctamente y que los pacientes estén informados sobre los costos asociados.

Seguridad y cumplimiento de normativas: Cumplir con las normativas de seguridad y privacidad de datos es esencial. Los auxiliares administrativos deben garantizar que se sigan los protocolos de seguridad y que se proteja la confidencialidad de la información del paciente.

El auxiliar administrativo en un laboratorio hospitalario desempeña un papel esencial en la gestión de documentos, la coordinación de citas, la comunicación, el manejo de suministros y equipos, y el cumplimiento de normativas. Su trabajo contribuye significativamente al funcionamiento eficiente de este entorno médico crítico, garantizando que los procesos administrativos se realicen de manera eficaz y que el personal médico tenga acceso a la información necesaria para brindar atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para un mejor funcionamiento del laboratorio clínico hospitalario en términos de gestión documental, es fundamental seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, establecer un sistema de archivo y organización eficiente es esencial. Esto implica mantener un método de clasificación claro para los registros médicos, resultados de pruebas y documentación relacionada. Etiquetar adecuadamente los expedientes y documentos, junto con un proceso de archivado regular, garantiza que la información esté fácilmente accesible cuando sea necesaria, lo que mejora la eficiencia operativa.

En segundo lugar, promover la formación continua y la conciencia sobre las prácticas de seguridad y privacidad de datos es crucial. El personal del laboratorio debe estar bien informado sobre las políticas y regulaciones vigentes para proteger la confidencialidad de la información del paciente. Fomentar la cultura de la seguridad de datos y proporcionar capacitación regular en materia de cumplimiento normativo ayuda a prevenir brechas de seguridad y garantiza la integridad de la documentación clínica.

6 Bibliografía

Placencia Reinoso, K. N. (2019). Gestión del talento humano e influencia en el desarrollo organizacional del personal administrativo del hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil-Ecuador, 2018.

Capítulo 472

TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

1 Introducción

El servicio de radiología hospitalaria es una unidad médica especializada dentro de un hospital que se dedica a la obtención de imágenes médicas de alta calidad con fines diagnósticos y de seguimiento de pacientes. Su principal objetivo es utilizar tecnología avanzada de imagenología para visualizar estructuras internas del cuerpo humano, lo que permite a los médicos identificar y evaluar enfermedades, lesiones y afecciones médicas.

En el servicio de radiología hospitalaria, se emplean diversas técnicas de imagen, como radiografías, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), ecografías y fluoroscopias. Estas técnicas proporcionan una visión detallada de los tejidos, huesos, órganos y vasos sanguíneos, lo que ayuda a los

profesionales de la salud a realizar diagnósticos precisos y a planificar tratamientos médicos adecuados.

El personal del servicio de radiología incluye radiólogos, técnicos de radiología y otros profesionales capacitados que operan y mantienen los equipos de imagen, realizan procedimientos seguros y colaboran con otros departamentos médicos para brindar atención integral a los pacientes. Además de la función diagnóstica, la radiología hospitalaria a menudo juega un papel fundamental en la orientación de cirugías, el seguimiento de tratamientos y la evaluación de la respuesta al tratamiento, lo que contribuye significativamente al bienestar de los pacientes en el entorno hospitalario.

El servicio de radiología hospitalaria es una parte crítica de la atención médica en un hospital, centrada en la obtención de imágenes médicas precisas y avanzadas para el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de condiciones médicas. Su capacidad para proporcionar información detallada y oportuna es esencial para la toma de decisiones médicas y la atención de alta calidad a los pacientes.

2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo 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 tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El trabajo del auxiliar administrativo en el servicio de radiología hospitalaria es esencial para mantener un flujo de trabajo eficiente y una coordinación efectiva entre el personal médico y el administrativo en esta unidad médica especializada.

Aquí se describen algunas de las principales responsabilidades y tareas que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Gestión de citas y programación: Los auxiliares administrativos son responsables de coordinar y programar las citas para los pacientes que requieren estudios radiológicos. Esto incluye asegurarse de que las citas estén programadas adecuadamente, comunicar los requisitos previos a los pacientes y garantizar que los horarios se ajusten a la capacidad del servicio de radiología.

Registro de pacientes: Es fundamental que se registre y actualice la información de los pacientes con precisión en los sistemas de información médica. Esto garantiza que los registros estén completos y que el personal médico tenga acceso a la información necesaria para realizar los procedimientos radiológicos de manera segura y efectiva.

Comunicación con el personal médico: Los auxiliares administrativos desempeñan un papel importante en la comunicación entre el personal médico y el personal de radiología. Transmiten las solicitudes de estudios radiológicos, informan sobre cambios en las programaciones y aseguran que los resultados se entreguen de manera oportuna al personal médico.

Manejo de registros y documentación: Mantener un sistema organizado de registros y documentación es esencial. Los auxiliares administrativos deben archivar y mantener los resultados de las pruebas radiológicas, asegurándose de que estén disponibles cuando se necesiten para consultas médicas posteriores o seguimiento de tratamientos.

Facturación y seguros: Ayudar en la facturación de los servicios de radiología y verificar la cobertura de seguros de los pacientes son tareas administrativas clave. Esto asegura que los servicios sean facturados correctamente y que los pacientes estén informados sobre los costos asociados y los reembolsos.

Coordinación de recursos: Los auxiliares administrativos pueden ser responsables de coordinar recursos como el personal, equipos y suministros para asegurar que el servicio de radiología funcione de manera eficiente y que no haya interrupciones en la atención al paciente.

El auxiliar administrativo en el servicio de radiología hospitalaria desempeña un papel esencial en la coordinación, comunicación y gestión de tareas administrativas clave. Su trabajo contribuye significativamente al funcionamiento eficiente de esta unidad especializada, asegurando que los pacientes reciban atención de

calidad y que el personal médico tenga acceso a la información necesaria para realizar diagnósticos precisos y tratamientos efectivos.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr un buen funcionamiento del servicio de radiología, el auxiliar administrativo desempeña un papel vital y puede seguir estas recomendaciones clave:

En primer lugar, la organización y la precisión son fundamentales. Mantener un sistema de registros y documentación meticuloso, etiquetar adecuadamente las muestras y los resultados, y asegurarse de que la información esté actualizada y sea fácilmente accesible son prácticas esenciales. Esto garantiza que el personal médico pueda acceder a los datos necesarios en el momento adecuado para una toma de decisiones eficiente.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es esencial. Facilitar la comunicación fluida entre el personal médico, el personal de radiología y los pacientes es crucial. Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que las solicitudes de estudios radiológicos se transmitan con precisión y de que los resultados se entreguen puntualmente al personal médico. Una comunicación clara y oportuna contribuye significativamente al éxito del servicio de radiología y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

Placencia Reinoso, K. N. (2019). Gestión del talento humano e influencia en el desarrollo organizacional del personal administrativo del hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil-Ecuador, 2018.

Capítulo 473

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARTA HUERTA GARCES

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

EVA ANTÓN SANZ

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

1 Introducción

El auxiliar administrativo en las unidades de las urgencias hospitalarias, es el primer contacto de un enfermo que llega por alguna urgencia o emergencia.

El objetivo del auxiliar administrativo en las urgencias es proporcionar el apoyo necesario para mantener el orden y el buen funcionamiento de la unidad, así como para mejorar la comodidad y el bienestar del paciente.

En los hospitales, los trabajos del auxiliar administrativo son vitales para el buen funcionamiento del centro de atención médica, cómo por ejemplo gestionar citas en el servidor, organizar archivos de pacientes y preparar y procesar datos informáticos.

Los pacientes una vez que llegan a urgencias deben sentirse cómodos con el trato que el auxiliar administrativo les dedica, por eso importante tener habilidades sociales de comunicación.

El auxiliar administrativo se encarga de gestionar la admisión de los pacientes en las urgencias hospitalarias así como desempeñar también la función de manejar la documentación clínica correspondiente.

El auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias se encarga de hacer un seguimiento del estado de los pacientes y registran la información relativa a su afiliación y registro así como las tareas administrativas correspondientes.

El auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias son los responsables de gestionar citas en el mostrador y organizan archivos de pacientes y preparan los datos informáticos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es saber cómo se desenvuelve el auxiliar administrativo en urgencias.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he hecho una búsqueda por internet usando palabras claves como urgencias hospitalarias, así como revistas sanitarias dedicadas al auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias, también se ha buscado información en artículos dedicados al apoyo del auxiliar administrativo en las urgencias.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos en las urgencias hospitalarias tienen como principales tareas hacia los pacientes de abrirle hoja solicitándole la tarjeta sanitaria ya sean provenientes de ambulancias o que lleguen por sus propios medios.

Así mismo los auxiliares administrativos en las urgencias hospitalarias, gestionan la información general referente a los enfermos remitiéndolos a los médicos correspondientes.

Los auxiliares administrativos en las urgencias hospitalarias se encargarán de emitir todos los documentos generados por la asistencia a los enfermos.

También se encargan de la correcta atención de los pacientes, si estos pasan a ingreso se lo comunicarán a los familiares, así como de avisar y gestionar su traslado en ambulancias.

Otras de las funciones que tienen los auxiliares administrativos en las urgencias hospitalarias es gestionar los ingresos en plantas hospitalarias, asignándole habitación y cama con previo aviso a la planta y también registrará el alta de los enfermos dándole salida y registro de lo que se le ha realizado.

El auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias una vez recogidos los datos del paciente se les hace entrega de la pulsera identificativa que deberá llevar hasta que sea dado de alta y si el estado del paciente exige que sea conducido directamente a la zona de clasificación o a los boxes serán los familiares o acompañantes quienes deben realizar el trámite de admisión.

El auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias ayudarán a los pacientes en su situación de emergencia y les proporcionarán información sobre la situación del paciente y las decisiones que toman los profesionales médicos.

La digitalización y la informatización masiva han alterado los tipos de trabajo que realizaban anteriormente los auxiliares administrativos en las urgencias.

Otras de las funciones importantes es la gestión de recursos y procesos de atención al paciente del servicio de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

La correcta atención del auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias es de vital importancia para garantizar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado.

El auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias se ve involucrado en una variedad de labores a lo largo del tratamiento desde la recepción inicial de los pacientes hasta la asistencia médica.

Deben conocer los protocolos a seguir en estos servicios y facilitar el tratamiento e información de forma clara y concreta y actuar conjuntamente con el equipo sanitario.

Son los responsables de la entrada de datos y programar las citas así como la coordinación de las interacciones de los pacientes con los profesionales médicos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com>
2. <https://www.opositatest.com/oposiciones/auxiliar-administrativo-de-servicios-sanitarios>
3. <https://es.scribd.com/documento/auxiliar-administrativo-urgencias>

4. Ley 25/1997, de 26 de Diciembre, de regulación del servicio de atención de urgencias.

Capítulo 474

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTRO DE SALUD

MARTA HUERTA GARCES

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

EVA ANTÓN SANZ

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

1 Introducción

Los centros sanitarios están destinados a la atención y asistencia a los pacientes por medio de los profesionales sanitarios.

Los centros sanitarios están compuestos por médicos, personal de enfermería, personal auxiliar, celadores y están todos los días del año, dentro del personal que hemos nombrado podemos encontrar al auxiliar administrativo.

El auxiliar administrativo se encarga entre otras cosas, de los servicios de información y documentación sanitaria, incluyendo la tramitación de todos aquellos procedimientos administrativos que garanticen en todo momento la continuidad del proceso asistencial.

También el auxiliar administrativo facilita al paciente la información de todas las actuaciones asistenciales que se van a llevar a cabo.

Los auxiliares administrativos en un centro de salud son figuras importantes, ya que se encargan de diversas tareas cómo son, la gestión de citas, recepción de llamadas, atención al público, la gestión y administración en el sistema informático, etc.

Los auxiliares administrativos no son profesionales sanitarios, pero sí desempeñan unas funciones importantes de carácter esencial para el buen funcionamiento correcto a diario en los centros de salud, entre sus funciones más básicas caben destacar las tareas de apoyo de las funciones administrativas, asistenciales, la de secretaria y la preparación y tramitación de datos informáticos. Por tanto, este tipo de trabajadores como son los auxiliares administrativos son muy necesarios en los centros de salud porque a diario se genera una inmensa cantidad de papeleo.

2 Objetivos

Exponer las funciones del auxiliar administrativo en los centros de salud.

3 Metodología

Para la realización del trabajo hemos hecho una búsqueda constante de páginas web, así como de libros y artículos dónde hemos encontrado el tema a desarrollar. Posteriormente haremos un análisis de la información y una vez recopilada la información iremos descartando los documentos que no se relacionen.

4 Resultados

Dentro de la búsqueda de páginas web, libros y artículos hemos encontrado las diversas funciones del auxiliar administrativo en los centros de salud.

El auxiliar administrativo será el encargado de atender al público, de la gestión de citas de los pacientes, así como la atención telefónica.

También orientará e informará a los pacientes del sistema sanitario, cómo la tramitación administrativa de documentos, expedientes y comunicaciones internas y externas.

Podemos decir que el auxiliar administrativo se dedica a la elaboración, actualización y mantenimiento de documentos, archivos y ficheros, manejo del equipo de ofimática y bases de datos, registros, apoyo administrativo a la gestión y seguimiento de área y digitalización de documentos.

El auxiliar administrativo forma parte de los profesionales no sanitarios del sistema de salud y desarrolla importantes funciones dentro de la organización del sistema sanitario.

Por tanto el auxiliar administrativo desarrolla funciones tanto de atención al paciente, tramitaciones, citaciones, etc., cómo de apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria.

Los auxiliares administrativos en un centro de salud deben velar por el buen funcionamiento del centro así como el bienestar del paciente que es lo más importante.

También se encargan de la documentación clínica evitando cualquier error en los datos de los pacientes, así como el extravío de cualquier documento.

Por otra parte, podemos decir que las funciones del auxiliar administrativo pueden diferir en gran medida en caso de trabajar en el ámbito de la atención especializada o en el de atención primaria, o en caso de estar en un servicio de gestión o de trabajar de cara al público.

Podemos decir que las funciones del auxiliar administrativo son muy amplias y variadas, además de esenciales para el buen desarrollo y correcto funcionamiento del trabajo a diario en las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el auxiliar administrativo es aquel con una alta capacidad de escucha, capaz de desenvolverse adecuadamente en ambientes y escenarios complejos de las instituciones de la salud, un profesional responsable y comprometido con las funciones administrativas.

Por tanto se hace imprescindible una continua formación y actualización de los recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo su labor y que tenga amplios conocimientos en su área laboral.

En general podemos decir que el auxiliar administrativo es una pieza clave en los centros de salud, que participa en la gestión de pacientes encargándose de las tareas administrativas que puedan surgir en cualquier proceso asistencial, así como de garantizar el respeto a la dignidad e intimidad de los usuarios del personal, así como de la confidencialidad que pasa por sus manos.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar administrativo sanitario (formacióncalca.es).

2. Guía de Gestión de los servicios de admisión y documentación clínica (se-dom.es).
3. Funciones administrativas en los centros sanitarios. Ana Campos San Martin (2010).
4. <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centro-sanitarios/>

Capítulo 475

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LAS FUNCIONES DE CONTROL EN UN HOSPITAL

ALICIA CARRETERO AMORES

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

Un auxiliar administrativo en un centro hospitalario, realiza tareas y funciones que son cruciales para la gestión del entorno de la atención médica, que incluyen digitación de documentos, atención al cliente en persona o por teléfono, organización y procesamiento de archivos, preparación y procesamiento de datos de pacientes, gestión de citas en el servidor, y llevar a cabo otras tareas administrativas.

Hay otros espacios importantes en un centro hospitalario, además de los espacios hospitalarios que están relacionados con las necesidades médicas. Estos espacios adicionales tienen funciones bastante específicas, y el personal debe desarrollarse adecuadamente en estas áreas para que el personal brinde una atención médica efectiva.

El control de la entrada y salida de los usuarios del centro hospitalario es una de las responsabilidades del auxiliar administrativo en cuanto a las funciones

de atención al usuario y control. Por estas razones, es importante tratar a los visitantes del hospital con respeto y cuidado.

La vigilancia de los visitantes del hospital y la gestión de los bultos y artículos que traen consigo forman parte de las funciones de control. El auxiliar administrativo en las funciones de control de un centro hospitalario, no solo las realiza de forma independiente, sino que tiene que estar coordinado con el resto de personal sanitario y no sanitario que trabaja dentro de un hospital.

2 Objetivos

- Analizar el papel del auxiliar administrativo en las funciones de control de un hospital.
- Visualizar la importancia del auxiliar administrativo en dicho espacio 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

Dado que estamos examinando la función del auxiliar administrativo en la gestión de un hospital, esta sección de los resultados es pertinente. En este ámbito, las tareas y funciones no pueden, sino que deben llevarse a cabo de forma colaborativa, coordinarse con los demás trabajadores de la zona, en caso de ser necesario.

Por ejemplo, las personas que realizan tareas de vigilancia o incluso los celadores, que regulan la entrega de paquetes a hospitales. Tanto el uso de la información como el papel del auxiliar administrativo en la gestión del hospital son flexibles, ya que permite al usuario acceder a las instalaciones, el cual debe recibir la atención adecuada, los pacientes al llegar al control tienen que identificarse.

Además, es un requisito y una responsabilidad del auxiliar administrativo llevar su cédula de identificación personal, de acuerdo con el protocolo establecido.

La tarjeta debe ser claramente visible, mientras presta el servicio. Sin embargo, en esta tarea de control, el personal auxiliar administrativo está obligado a realizar un seguimiento de las entradas y salidas y que sean correctos.

Las funciones del auxiliar administrativo están conectadas con otras, este personal debe coordinarse con los celadores, en el área de atención y control de pacientes antes mencionadas.

El auxiliar administrativo también debe ayudar al usuario, cuando te pida la información.

Otros servicios, como urgencias, consultas externas, clínicas de especialidades, etc., también pueden ser admitidos en un centro hospitalario, además del área de admisión de pacientes, donde se debe realizar el control de entrada y salida de los pacientes. Por ello, la labor de los auxiliares administrativos en funciones de control deben contemplar una variedad de servicios y no siempre se realiza de manera individual.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a una conclusión, después de ver el papel del auxiliar administrativo en relación con las actividades de control realizadas en un hospital en la sección anterior, que las tareas y funciones de un auxiliar administrativo, varían dependiendo de los roles que desempeñan, más allá del control de uno.

Se llega a la conclusión de que para realizar tareas de control en un hospital es necesaria la coordinación con otros profesionales sanitarios para hacerlo de una manera adecuada.

En consecuencia, el auxiliar administrativo debe evaluar, los diversos problemas con los mecanismos del control hospitalario, ya que es su responsabilidad completar su trabajo de una forma completa y correcta.

6 Bibliografía

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

Capítulo 476

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE EVENTOS Y REUNIONES DEL HOSPITAL

ALICIA CARRETERO AMORES

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

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 (1).

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 477

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL ÉNFASIS EN LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

LAURA GARRIDO ORMEÑO

SORAYA NOGALES PIQUERAS

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

1 Introducción

La confidencialidad de la información del paciente en un hospital es un principio fundamental en la atención médica y se refiere a la protección de la privacidad de la información médica y personal de los pacientes. Mantener la confidencialidad de la información del paciente es esencial por varias razones y es que la confidencialidad es un principio ético fundamental en la atención médica. Los pacientes confían en que sus médicos y el personal del hospital mantendrán sus datos médicos y personales en secreto.

Los pacientes tienen el derecho legal de que su información médica y personal se mantenga confidencial. Esto está respaldado por leyes y regulaciones de privacidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)

en los Estados Unidos. Por lo tanto, la información del paciente a menudo incluye detalles personales sensibles, como diagnósticos médicos, historias clínicas, resultados de pruebas y datos de contacto. La confidencialidad protege esta información de ser divulgada sin autorización.

Cuando los pacientes saben que su información se maneja de manera confidencial, se sienten más cómodos compartiendo información importante con sus médicos y otros profesionales de la salud. Esto facilita una mejor atención médica. Además, para garantizar la confidencialidad de la información del paciente en un hospital, se implementan varias medidas como que solo el personal autorizado tiene acceso a la información del paciente. Esto se logra mediante sistemas de seguridad de datos y contraseñas. Antes de compartir información médica con otros profesionales de la salud o terceros, se obtiene el consentimiento informado del paciente o su representante legal. También el personal del hospital recibe capacitación en privacidad y seguridad de datos, y se les informa sobre las políticas y procedimientos relacionados con la confidencialidad.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en cuanto a la confidencialidad y la información del paciente de un hospital.
2. Garantizar la confidencialidad de la información del paciente en un hospital.
3. Registrar la información del paciente en sistemas electrónicos de salud.

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 un hospital desempeña un papel crucial en la gestión de la información del paciente y en mantener un alto nivel de confidencialidad.

La confidencialidad de la información del paciente es un aspecto fundamental de la atención médica y está respaldada por leyes y regulaciones de privacidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos.

Los auxiliares administrativos en hospitales a menudo están a cargo de registrar la información del paciente en sistemas electrónicos de salud o en archivos físicos. Es fundamental que manejen esta información de manera segura y precisa, evitando el acceso no autorizado. Estos profesionales deben garantizar que solo las personas autorizadas tengan acceso a la información del paciente. Esto incluye mantener contraseñas seguras y no compartir información confidencial con personas no autorizadas.

Los auxiliares administrativos deben recibir capacitación sobre las políticas de privacidad y seguridad de la información del hospital, así como sobre las regulaciones locales aplicables. Esto les permite comprender la importancia de la confidencialidad y cómo aplicarla en su trabajo diario. En el caso de hospitales en los Estados Unidos, es fundamental que los auxiliares administrativos cumplan con las regulaciones de HIPAA. Esto incluye el manejo adecuado de registros médicos, la protección de la información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés) y la notificación de posibles violaciones de privacidad.

Cuando se comparte información del paciente con otros miembros del personal de atención médica o con pacientes mismos, se debe hacer de manera segura y garantizando la privacidad. Esto puede incluir el uso de sistemas de mensajería seguros o la verificación de la identidad antes de proporcionar información. Además, los auxiliares administrativos deben asegurarse de que los documentos físicos que contienen información del paciente se destruyan de manera segura cuando ya no sean necesarios, utilizando métodos como la trituración de papel.

La confidencialidad de la información del paciente es un componente importante de la ética profesional en la atención médica. Los auxiliares administrativos deben comprometerse a mantener esta confidencialidad en todo momento y comprender las consecuencias éticas y legales de cualquier violación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en un hospital es esencial para garantizar la confidencialidad de la información del paciente. La confidencialidad es un pilar fundamental en la atención médica, y los auxiliares administrativos desempeñan un rol crucial en su preservación. Para lograrlo, deben cumplir con

una serie de responsabilidades y prácticas, como el registro y manejo seguro de información, el control de acceso, la capacitación en privacidad, el cumplimiento de regulaciones como HIPAA (en el caso de los Estados Unidos), la comunicación segura, la destrucción adecuada de documentos y el respeto a los principios éticos.

La confidencialidad no solo es una obligación legal, sino también un aspecto fundamental de la ética médica que promueve la confianza entre los pacientes y el personal médico. Los auxiliares administrativos son guardianes de la privacidad del paciente y desempeñan un papel clave en el mantenimiento de la integridad de la información médica y personal. Su compromiso con la confidencialidad es esencial para brindar una atención médica de calidad y respetar los derechos y la privacidad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/confidencialidad-datos-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/>
2. <https://revistamedica.com/confidencialidad-auxiliar-administrativo-sanidad/>
3. https://www.tauli.cat/tauli/images/Usuaris/documents/3.-SEAUS_El-administrativo-de-la-salud.pdf

Capítulo 478

ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN, COLOCACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA MERCANCIA PESADA DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

ANTONIO LARA CARRASCO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

1 Introducción

En el servicio de farmacia hospitalaria, además de gestionar todo lo relacionado con los medicamentos, de todo tipo, clase y embalaje, también se reciben otros materiales más pesados, como, las botellas de oxígeno, tanto grandes, como pequeñas, la leche para lactantes, los sueros fisiológicos de todas las características, etc.

El personal sanitario, auxiliares de enfermería y enfermeras, del servicio de farmacia, se ocupan solamente de los productos farmacéuticos, como las uridosis de

medicación, las cremas y pomadas, hidratantes, hidrogeles, fórmulas magistrales, etc., siendo, el celador, el encargado de los productos más pesados mencionados anteriormente.

Por este motivo, el servicio de farmacia, se dispone en tres ubicaciones, la propia farmacia, donde se almacenan, coloca y distribuyen los medicamentos; el almacén de farmacia, donde el celador se encarga de los materiales y productos pesados, y el almacén donde se descargan y guardan los envases de oxígeno.

Estos dos almacenes últimos son gestionados directamente por el celador del servicio, además del reparto y cumplir las indicaciones del personal sanitario, en cuanto a medicamentos se refiere.

En este capítulo se van a describir las funciones que realiza el celador de farmacia en la recepción, colocación y distribución de los materiales y mercancías más pesadas mencionadas al inicio de esta introducción.

2 Objetivos

- Enumerar y describir las mercancías de la farmacia hospitalaria gestionadas directamente por el celador del servicio.
- Desarrollar las funciones que el celador de farmacia realiza en la recepción, colocación y distribución de las mercancías más pesadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 primera hora de la mañana, el celador del servicio de farmacia, recepciona las botellas de oxígeno que la empresa concesionaria porta diariamente al centro hospitalario. Entre las botellas o balas de oxígeno se encuentran botellas de oxígeno medicinal de cuatrocientos litros y de dos mil litros, estas últimas para la oxigenoterapia con aerosoles que se sirven en los centros de atención primaria.

El celador coloca las balas de oxígeno en el almacén dispuesto para ello, las pequeñas en una zona, separadas las vacías de las llenas. El recorrido del celador por las distintas unidades del hospital se realiza temprano, portando en la traspaleta, las botellas llenas que cambiará en cada unidad, recogiendo las vacías, para la recogida al día siguiente. En estas actuaciones las unidades llaman directamente al busca del celador, para la reposición y retirada de las balas necesarias.

En el almacén de farmacia destinado a la mercancía pesada, el celador, recepciona la misma. Son sueros glucosados o salinos, de diferentes tamaños, en envases de plástico, de cien, doscientos cincuenta o quinientos mililitros, cada uno identificado en las cajas de procedencia. Hay otros sueros en formato cristal, en tamaños parecidos a los que vienen en envases de plástico, identificados del mismo modo. El celador en las estanterías más bajas coloca dichos sueros.

El celador recepciona del mismo, los envases y cajas de leche para lactantes, que suele distribuir por la planta de pediatría, donde es un complemento en la alimentación de los recién nacidos. Del mismo modo, la planta se pone en contacto con el celador, vía telefonía a través del busca que lleva éste.

De todas las mercancías pesadas, de las balas de oxígeno y de todo el material más voluminoso, el celador lleva las cantidades, las relaciones nominales y los destinatarios de todos y cada uno de ellos, a través de un programa informático donde realiza los apuntes diarios. A final de cada año, el celador realiza el inventario del almacén.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión se puede destacar que la farmacia hospitalaria, además de gestionar todos los medicamentos necesarios para la atención y cuidado de los pacientes, también recibe para su distribución otras mercancías más pesadas. Estas mercancías son gestionadas por el celador de farmacia, que recibirá, colocará y distribuirá, directamente, las mismas por todos los servicios y unidades hospitalarias.

Esta labor que realiza el celador es fundamental para el buen desarrollo de las actividades asistenciales que se ofrecen en los distintos servicios, sin la cual, los servicios y el funcionamiento del propio centro, no podría llevarse a cabo. Por lo tanto, el celador, es parte fundamental en el organigrama de personal del centro sanitario.

6 Bibliografía

1. El servicio de farmacia de un hospital. Disponible en <http://www.cgtsanidadlpa.org>.
2. Las funciones del celador en la farmacia hospitalaria. Disponible en <https://revistamedica.com>.
3. Funciones del celador en la farmacia hospitalaria. Disponible en <http://www.celadoresonline.blogspot.com>.

Capítulo 479

EL CELADOR DE QUIROFANO Y LAS POSICIONES QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES.

ANTONIO LARA CARRASCO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

1 Introducción

Una posición quirúrgica es la manera de la colocación del cuerpo del paciente sobre la mesa de operación. Esta colocación reviste la misma importancia que todas las fases que integran la intervención del paciente, siendo un aspecto más, de los cuidados asistenciales y del proceso de recuperación después de la intervención. En esta colocación juega un papel fundamental todo el equipo que integran el quirófano, en especial el celador, que es el encargado de la movilización del paciente, siempre siguiendo las indicaciones del profesional sanitario, en este caso, de la enfermera, del cirujano o del anestesista.

Según el tipo de operación, en el quirófano, deben cumplirse unas premisas básicas, como que la posición del paciente debe ser la correcta para el tipo de operación, que la mesa o potro donde se coloca al paciente, debe funcionar a la

perfección, es decir, que sus componentes estructurales físicos y eléctricos estén en condiciones de funcionalidad; que se afiance la seguridad del paciente y que todo el equipo tenga un profundo conocimiento de cómo funciona un quirófano. La colocación del paciente en el quirófano puede realizarse de cuatro formas simples con sus variantes, la posición decúbito dorsal o supino, la posición ventral o prona, la posición lateral o de Sims y la posición de sentado o de Fowler. Estas son las cuatro posiciones quirúrgicas básicas existentes, con sus variantes, dependiendo del tipo de intervención quirúrgica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actuaciones del celador de quirófano en la posición del paciente según el tipo de intervención quirúrgica.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

El celador movilizará al paciente que va a ser intervenido en las siguientes posiciones, según la tipología de dicha intervención. Estas posiciones son las siguientes.

-Movilización del paciente en posición dorsal o supina. El paciente está colocado boca arriba, es decir, su espalda toca la mesa de operaciones, así como su nuca, nalgas y talones, con apoyos en nalgas, espalda, y huecos plopíteos. El celador coloca los brazos del paciente en posición de ángel, es decir, extendidos y separados de cuerpo en un ángulo de cuarenta y cinco grados y sujetos con correas, para evitar la caída del paciente y la colocación de vía intravenosa. Esta posición se utiliza para las operaciones de úlceras de estómago, cesáreas, próstata, etc.

-Movilización del paciente en posición ventral o prona. En esta posición, el celador coloca al paciente con el abdomen tocando la mesa de operaciones, con los brazos extendidos por encima de la cabeza, colocando apoyos en ambos laterales del pecho, en los pies y en los tobillos. Esta posición es utilizada para las operaciones de columna, cabeza y extremidades inferiores.

-Movilización del paciente en posición lateral, izquierda o derecha. Dependiendo de la operación, el celador, coloca al paciente, al borde de la mesa de intervención, del lado deseado, con la rodilla semiflexionada de la pierna derecha o izquierda, colocando un apoyo entre ambas piernas, la doblada y la recta.

Este tipo de posición está indicada para operaciones de órganos renales y sus conductos.

-Movilización del paciente en posición de sentado o de Fowler. Esta posición es la menos utilizada, el paciente, sentado en cuarenta y cinco o noventa grados, para operaciones de boca, cuello, etc. En esta posición, el celador, debe asegurar, mediante correas, el cuerpo del paciente, para evitar el movimiento o la caída durante la intervención. Puede darse la circunstancia, que el anestesta, elija, esta posición para la inyección de la anestesia epidural.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo del capítulo hace patente que el celador de quirófano tiene que poseer grandes conocimientos en la movilización del paciente y las distintas posiciones anatómicas y quirúrgicas. Las demandas de los cirujanos, entre otros especialistas, no contemplan la posibilidad de explicar, en un momento de la intervención, cómo, es la colocación del paciente, sino la orden dada, y el celador tiene que saber exactamente, cómo se realiza cada posición en la mesa de intervención. Esta característica, más el uso de múltiples accesorios para la mesa de operaciones, señala, la especialidad del celador de quirófano, que debe conocer, identificar y colocar, cada uno de ellos, remarcando la creación de una bolsa de trabajo específica para el celador de quirófano, que actualmente, no existe.

6 Bibliografía

1. Posiciones anatómicas quirúrgicas y no quirúrgicas. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
2. El desempeño del celador en quirófano. Disponible en: <https://revistasanitariodeinvestigacion.com>.

3. Posicionamientos del paciente en la mesa de intervenciones y cobertura quirúrgica. Disponible en: [https:// blog.uchceu.es](https://blog.uchceu.es).

Capítulo 480

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

ANTONIO LARA CARRASCO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

1 Introducción

La unidad de cirugía mayor ambulatoria es un servicio que presta el centro hospitalario de manera quirúrgica para la intervención de los pacientes presentan ciertas patologías, sin seguir un proceso asistencial que implique el ingreso hospitalario, dejando libres unidades del paciente hospitalarias.

Con la intervención del paciente en la cirugía mayor ambulatoria, el alta de la misma y el alta hospitalaria se producen dentro de las veinticuatro horas del mismo día de la operación quirúrgica, sin necesidad de ingreso alguno.

Para poder hacer esto posible, no todas las intervenciones quirúrgicas pueden realizarse en la CMA, el centro hospitalario pone a disposición de los pacientes a todo el equipo médico del que dispone y los medios más avanzados en el quirófano, para asegurar que el paciente puede volver y darse los cuidados postquirúrgicos en su domicilio.

Pero no solo es la comodidad y seguridad del paciente el único objetivo de las intervenciones en CMA, sino que el centro hospitalario, minimiza los costos económicos que supondría el ingreso hospitalario del mismo.

Entre las patologías que pueden intervenirse en la cirugía mayor ambulatoria, destacan, piedras en la vesícula, varices, túnel carpiano, fimosis, pólipos, cataratas, etc., y en cuyas intervenciones el celador de la unidad juega un papel muy importante, como se desarrollará más adelante.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones que el celador realiza en la unidad de cirugía mayor ambulatoria.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

Los pacientes que han acudido a su intervención, esperan sentados en la sala de espera de pacientes y familiares. El celador de la unidad, los irá llamando, por orden programado, y los dirigirá al quirófano oportuno, las cataratas al de oftalmología, los pólipos al de cirugía, las rodillas al de traumatología. Todo el equipo está preparado. Durante la intervención, el celador estará dentro del antequirófano, una vez ha colocado al paciente en la mesa de operaciones, se puede necesitar su colaboración para el cambio y movilización del paciente.

Una vez finalizada la cirugía, el celador, ubica a los pacientes en los sillones, los que han sido intervenidos con anestesia localizada, y realiza la transferencia de aquellos que han sido con anestesia epidural o total, a la cama de los boxes de recuperación postanestésica.

Cuando son dados de alta de la operación, el celador de CMA, lleva al paciente, hasta la sala de espera, donde los familiares le están aguardando, y aquellos que

han acudido solos, los acerca, en silla de ruedas, hasta la entrada principal o los aparcamientos del centro hospitalario, donde el paciente, tiene su medio de locomoción.

En algunos casos, el celador, es enviado a otras unidades hospitalarias o la farmacia para la retirada de algún medicamento o instrumental que sea necesario en la unidad, siendo el celador de blanco, el encargado de esta misión.

Cuando el paciente, presenta alteraciones en su recuperación anestésica, y en caso necesario, el celador, siempre siguiendo las indicaciones y órdenes del personal médico, traslada al paciente hasta la UCI, donde los cuidados y la atención son más específicos.

Antes de finalizar su turno, el celador, traslada las historias de los pacientes intervenidos al servicio de archivos, donde quedarán custodiadas para un nuevo proceso asistencial de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Son fundamentales las actuaciones del celador, tanto de verde, que está dentro de los quirófanos, como del celador de blanco, que es el encargado de entrar y acompañar al paciente hasta la sala de espera o la salida del centro hospitalario, para que el correcto y normal funcionamiento de la unidad se lleve a cabo diariamente.

El celador debe guardar el secreto profesional de las intervenciones y del estado del paciente, ante las demandas de los familiares que, nerviosos y ansiosos, por saber de su familiar, le hacen, derivando estas cuestiones al equipo profesional sanitario encargado del paciente nunca darlas el mismo.

6 Bibliografía

1. Guía de cuidados en cirugía mayor ambulatoria. Disponible en: <https://www.asecma.org>.
2. Estructura y funcionamiento de bloque quirúrgico ucma. Disponible en: <https://www.chospab.es>.

Capítulo 481

AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y SU LABOR EN FARMACIA.

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-
HORNOS

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es el departamento encargado del seguimiento y dispensación de la medicación que se administra a los pacientes que se encuentran en hospitales o, por ejemplo, a los que reciben quimioterapia.

En este servicio trabajan camilleros, auxiliares de enfermería, técnicos de farmacia y parafarmacia, farmacéuticos, enfermeros y auxiliares administrativos.

Además de medicamentos recetados y fórmulas magistrales, también se distribuyen nutrición parenteral, vendajes, mezclas desinfectantes, etc.

Es necesario realizar un control continuo de stock, entradas y salidas de productos, inventarios periódicos y documentación que respalde el uso de todos los medicamentos en un hospital.

Este tipo de trabajo lo realiza el asistente administrativo del hospital y es un trabajo crucial porque los pacientes pueden sufrir graves consecuencias si un hospital se queda sin la medicación necesaria.

Por supuesto, cuando hablamos de medicamentos, también hablamos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, que se utilizan, por ejemplo, en las salas de hospitalización psiquiátrica, son extremadamente peligrosas y cuyas consecuencias son extremadamente peligrosas. Es necesario regular estrictamente la distribución y el uso.

El auxiliar administrativo debe tener la confianza de que cada tarea que realice estará debidamente justificada, registrada y digitalizada.

El auxiliar administrativo debe conocer su lugar de trabajo y los productos que utiliza para llevar un buen control en farmacia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la relación de las responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria donde trabaja.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo, se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos en revistas científicas, en bases de datos en línea como PubMed, Medline y Scielo, eligiendo artículos científicos a partir de trabajos académicos examinados. El siguiente documento fue escrito luego de que se completó una revisión de todos los datos, se eliminaron los datos menos importantes.

4 Resultados

Entre otras funciones, el auxiliar administrativo del servicio de farmacia hospitalaria realiza las siguientes.

- Control del inventario de bienes, así como de su entrada y salida a los distintos servicios hospitalarios.
- Realizar pedidos a empresas farmacéuticas ajenas, teniendo siempre en cuenta las decisiones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica y de acuerdo con el principio de mantener existencias suficientes para el consumo.

- Elabora los informes necesarios sobre el uso de medicamentos de acuerdo con los servicios hospitalarios, unidades de enfermería, laboratorios, servicios médicos, etc. Cualquier anomalía debe ser comunicada inmediatamente a sus superiores por él.
- Son los encargados de recibir los materiales y asegurarse de que lleguen en óptimas condiciones y que coincida con el pedido que el servicio de Farmacia Hospitalaria había realizado previamente. Necesita estar familiarizado con documentos como facturas proforma, presupuestos y albaranes de entrega.
- Utilizan un carrito fabricado específicamente para este fin para entregar productos a las unidades de hospitalización, incluyendo medicamentos, envases, monodosis y otros artículos.
- Manejará los pedidos tanto electrónicos como telefónicos internos de suministros y medicamentos que se encuentren en la farmacia del hospital.
- Usted debe recibir formación para poder utilizar las aplicaciones o programas informáticos requeridos en el entorno en el que ofrece sus servicios.
- Está obligado a informar a sus superiores de los errores cometidos en el envío o recepción de medicamentos, así como de las modificaciones que se realicen en los mismos.

El auxiliar administrativo debe tener la confianza de que cada tarea que realice estará debidamente justificada, registrada y digitalizada para que cualquier profesional de la salud pueda consultar el medicamento.

Al estar ubicada allí la farmacia del hospital, esta puede realizar esta función en tiempo real. Esto también es necesario para realizar un seguimiento de todos los medicamentos que se transportan por todo el hospital.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo hospitalario pertenece a una categoría con algunas funciones generales, pero también realiza funciones más especializadas según el servicio para el que trabaja. Utiliza programas o aplicaciones informáticas habituales en cada servicio, pero también hay algunas que solo se utilizan en servicios concretos, como el servicio de farmacia de un hospital.

Al proporcionar a todas las instalaciones la medicación necesaria para tratar a los pacientes que allí son atendidos, la farmacia hospitalaria es un servicio básico. También están a cargo de administrar medicamentos a los pacientes que reciben atención ambulatoria y quimioterapia. Para que su trabajo se realice correctamente, los auxiliares administrativos de las farmacias hospitalarias necesitan estar formados y cualificados.

6 Bibliografía

1. MEDAC, Instituto Oficial de Formación Profesional. La farmacia hospitalaria, un servicio de gran valor sanitario.

Capítulo 482

ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD EN LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL

LAURA GARRIDO ORMEÑO

SORAYA NOGALES PIQUERAS

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

1 Introducción

La gestión de información médica desempeña un papel crucial en la atención médica moderna, y los auxiliares administrativos en un hospital tienen un papel importante en este proceso. Los registros médicos precisos y actualizados son esenciales para proporcionar una atención médica continua y de alta calidad. Los auxiliares administrativos ayudan a mantener estos registros y aseguran que estén disponibles cuando se necesiten.

Los médicos y otros profesionales de la salud dependen de la información médica para tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Los auxiliares administrativos contribuyen a garantizar que esta información esté al alcance de los profesionales cuando sea necesario. La gestión

adecuada de la información médica permite una mejor coordinación entre diferentes departamentos y profesionales de la salud. Esto es esencial para garantizar que los pacientes reciban una atención integral y coordinada. Los hospitales están sujetos a regulaciones estrictas en cuanto a la gestión de registros médicos y la privacidad de la información del paciente. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel clave en garantizar el cumplimiento de estas normativas, lo que evita problemas legales y sanciones.

Por lo tanto, la gestión adecuada de la información médica garantiza la confidencialidad y la privacidad de los datos de los pacientes. Esto es fundamental para mantener la confianza del paciente y cumplir con las leyes de privacidad de la salud. Y es que una buena gestión de la información médica significa que los profesionales de la salud pueden acceder fácilmente a los registros necesarios sin pérdida de tiempo. Esto mejora la eficiencia en la atención al paciente y reduce los costos administrativos.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo la gestión de información médica del auxiliar administrativo 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

La ética y la confidencialidad son fundamentales en la gestión de información médica por parte de un auxiliar administrativo en un hospital. La información médica es altamente sensible y privada, y su manejo inapropiado puede tener graves consecuencias tanto éticas como legales.

El principio de confidencialidad es fundamental en la atención médica. Los auxiliares administrativos deben garantizar que la información médica de los pa-

cientes se mantenga confidencial en todo momento. Esto implica no divulgar información a personas no autorizadas, ya sean colegas, amigos o familiares. Estos profesionales deben utilizar contraseñas seguras y protocolos de seguridad para proteger los sistemas y registros electrónicos que contienen información médica y evitar hablar de casos de pacientes en áreas públicas o en presencia de personas no autorizadas. Además, los auxiliares administrativos deben asegurarse de que los pacientes otorguen su consentimiento informado antes de divulgar cualquier información sobre su salud o tratamiento a terceros. Deben estar al tanto de las leyes y regulaciones locales relacionadas con la privacidad de la información médica y asegurarse de que todos los procesos cumplan con estas regulaciones.

Otra función importante es que los auxiliares administrativos solo deben acceder a la información médica de los pacientes cuando sea necesario para llevar a cabo sus tareas laborales específicas. No deben curiosear en los registros médicos de los pacientes sin una razón legítima.

Es importante que los auxiliares administrativos reciban capacitación en ética y confidencialidad médica. Esto les ayudará a comprender la importancia de proteger la información de los pacientes y a conocer los procedimientos adecuados. Por lo tanto, deben conocer los canales adecuados para denunciar cualquier violación de la confidencialidad o la ética que puedan presenciar en su lugar de trabajo y deben sentirse cómodos denunciando cualquier irregularidad a sus supervisores o al departamento de recursos humanos.

Es importante que estos profesionales se responsabilicen en seguir los procedimientos establecidos para la eliminación segura de registros médicos obsoletos o no necesarios. Esto puede incluir la destrucción de documentos en papel o la eliminación de archivos electrónicos de manera segura. De esta forma, son responsables de su conducta ética y de mantener la confidencialidad de la información médica, incluso en situaciones difíciles o de presión.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ética y la confidencialidad en la gestión de información médica por parte del auxiliar administrativo del hospital son aspectos esenciales para garantizar la integridad, la seguridad y la calidad de la atención médica. La información médica es altamente sensible y personal. Respetar la confidencialidad garantiza que los pacientes se sientan seguros y confiados en compartir información vital con sus profesionales de la salud.

Además, las leyes y regulaciones de privacidad de la salud exigen la confidencial-

idad de la información médica. El incumplimiento de estas regulaciones puede resultar en sanciones legales y dañar la reputación del hospital. La información precisa y actualizada es esencial para proporcionar una atención de calidad. Los registros médicos completos y precisos ayudan a los profesionales de la salud a tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/plan-de-calidad-confidencialidad-celadores-auxiliares-administrativos/>
2. <https://revistamedica.com/plan-de-calidad-confidencialidad-celadores-auxiliares-administrativos/>
3. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010

Capítulo 483

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS HABITACIONES DE LOS HOSPITALES

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

1 Introducción

La actuación del celador en las habitaciones de los hospitales es fundamental para garantizar el bienestar de los pacientes y contribuir al funcionamiento eficiente de la institución sanitaria. Los celadores desempeñan un papel crucial en la atención hospitalaria, ya que son responsables de llevar a cabo una serie de tareas que van más allá de la simple limpieza y organización de las habitaciones. Los celadores son miembros esenciales del equipo de atención médica cuya labor se centra en garantizar la comodidad, la seguridad y el bienestar de los pacientes, además de contribuir al buen funcionamiento de las instalaciones hospitalarias. Su labor abarca aspectos esenciales como el confort de los pacientes, la seguridad y la colaboración con el personal médico y de enfermería.

En esta introducción, exploraremos las diversas funciones y responsabilidades que un celador tiene en las habitaciones de los hospitales, destacando su importancia en el entorno hospitalario y cómo su desempeño puede influir en la

experiencia de los pacientes y en la eficacia del tratamiento médico. También abordamos la necesidad de una formación adecuada y el compromiso con los principios éticos y de confidencialidad en el ámbito de la salud. La actuación del celador es un eslabón esencial en la cadena de cuidados hospitalarios, y su contribución es esencial para garantizar la calidad de la atención médica.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en las habitaciones de los hospitales.

3 Metodología

Se ha hecho un estudio meticuloso en las clases que se dan en la Academia clip de Albacete aparte de otras consultas que Google ha proporcionado. Además se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La actuación del celador en las habitaciones de los hospitales es fundamental para garantizar el bienestar de los pacientes y el funcionamiento eficiente de la institución. A continuación, se describen algunas de las principales funciones y responsabilidades del celador en este entorno:

1. Recepción y alojamiento de pacientes: El celador recibe a los pacientes cuando ingresan al hospital y los acompaña a sus habitaciones. Deben asegurarse de que los pacientes estén cómodos y sepan cómo utilizar las camas y otros elementos de la habitación.
2. Limpieza y mantenimiento: Mantener la limpieza y el orden en las habitaciones de los pacientes es esencial para prevenir infecciones y crear un entorno agradable. Los celadores realizan tareas de limpieza básica, cambian la ropa de cama y aseguran que los suministros estén disponibles.
3. Transporte de pacientes: Los celadores pueden ser responsables de trasladar a los pacientes a diferentes áreas del hospital, como radiología, quirófano o consultorios médicos. Deben hacerlo de manera segura y cómoda, teniendo en cuenta las necesidades y condiciones de cada paciente.

4. Apoyo a enfermeros y médicos: Colaboran estrechamente con el personal de enfermería y médicos para realizar tareas como la toma de signos vitales, la preparación de pacientes para procedimientos médicos y la asistencia en movilización de pacientes encamados.
5. Distribución de suministros médicos: Los celadores se encargan de llevar suministros médicos, medicamentos y equipos a las habitaciones de los pacientes según las indicaciones del personal médico y de enfermería.
6. Asistencia a las necesidades básicas: Ayudan a los pacientes en actividades de la vida diaria, como ir al baño, ducharse o vestirse, especialmente cuando los pacientes tienen limitaciones físicas.
7. Mantener la privacidad y el respeto: Los celadores deben ser respetuosos con la privacidad y la dignidad de los pacientes en todo momento. Mantienen la confidencialidad de la información médica y respetan las preferencias culturales y personales de los pacientes.
8. Colaboración en emergencias: En situaciones de emergencia, los celadores pueden desempeñar un papel importante en la evacuación segura de los pacientes de sus habitaciones o en la asistencia inicial a los afectados.
9. Comunicación efectiva: Deben ser capaces de comunicarse de manera efectiva con el personal médico, de enfermería y con los propios pacientes para asegurarse de que las necesidades y preocupaciones sean atendidas adecuadamente.

En resumen, la actuación del celador en las habitaciones de los hospitales es esencial para el funcionamiento fluido y la atención de calidad en el entorno hospitalario. Su trabajo contribuye al bienestar y la seguridad de los pacientes, así como a la eficiencia operativa del hospital en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del celador en las habitaciones de los hospitales desempeña un papel fundamental en el cuidado y la atención de los pacientes. Su labor abarca desde aspectos logísticos y de mantenimiento hasta el apoyo emocional y la preservación de la privacidad de los pacientes. Los celadores son esenciales para garantizar un entorno hospitalario seguro, limpio y organizado, lo que contribuye significativamente a la calidad de la atención médica y al bienestar de quienes están bajo cuidado hospitalario. Su dedicación y compromiso son componentes esenciales del funcionamiento efectivo de un hospital y de la experiencia positiva de los pacientes durante su estancia en estas instalaciones médicas.

6 Bibliografía

1. <https://essaformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano#:text=Dentro%20del%20equipo%20que%20trabaja,a%20otro%20tipo%20de%20celador>
2. <https://www.temariosenpdf.es/oposiciones/temario-celadores-servicio-salud-castilla-la-mancha/>.
3. Temario tema 12 de Celadores del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Capítulo 484

EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL ANIMALARIO

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

JOSE URREA GARCÍA

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El animalario es un servicio que pertenece al Hospital aunque está separado de él y se usa para procedimientos o fines científicos o docentes y solo para los siguientes:

- Para Investigación médico-Legal.
- Para la Protección del medio ambiente natural a favor de bienestar o de la salud de los animales y de las personas y del mantenimiento de biodiversidad.
- Para la formación y la educación.

El animalario es una zona del hospital donde se experimenta con animales bien para cualquier tratamiento o para el diagnóstico de las enfermedades. Al Celador que se encarga del Animalario se le llama Animalcro.

En el animalario siempre se tiene que llevar un registro en el cual tiene que permanecer siempre en el centro a disposición de la autoridad competente, donde conste siempre el número de animales que hay en el Hospital, especificando cuál

es la especie, las entradas y salidas, los animales que son sacrificados, los que se cogieron para un procedimiento y los resultados que se han obtenido.

El Estatuto de Personal no Sanitario, dice en su artículo 14-2.21 que una de las funciones del celador es la de cuidar animales en el animalario, se encargara de dar de comer y limpiar las jaulas.

2 Objetivos

Conocer el papel que tiene el Celador en el Animalario y conocer bien sus funciones dentro de este servicio tan difícil.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Para el cuidado de los animales en los Hospitales, hay que reunir los siguientes requisitos:

1. Condiciones adecuadas de alojamiento, alimentación, bebida y medio ambiente a los animales .
2. Que tengan libertad de movimiento.
3. Cuidar su salud y bienestar.
4. Que puedan satisfacer sus necesidades fisiológicas y etológicas.
5. Garantizar un buen nivel de bienestar, revisando a diario las instalaciones y las condiciones ambientales.
6. Tener medios en caso de alteración en el estado de salud o bienestar de los animales.
7. Tener por escrito las Normas e instrucciones de trabajo.
8. Tener el plan de actuación en caso de emergencia o catástrofe.
9. No se puede acceder persona no autorizada en el interior del Animalario.
10. Supervisar que los animales no sufran dolor ni angustia.

El papel del Celador en el Animalario:

-Cuidar de los animales: se les dará a todos los cuidados necesarios.

- Esterilizar y limpiar bandejas que contienen excrementos.
- Procurar que tengan el suficiente espacio para moverse y que esté en condiciones para su posible salud y bienestar.
- Alimentarlos por especie y edad, según las características y necesidades con equilibrio.
- Si no es por procreación, no se pueden juntar machos y hembras.
- Recuperación y captura de animales que se escapan, bien por descuido o tener las puertas abiertas.
- Lavar los comederos, bebederos, las jaulas.
- Traslado de los animales a las diferentes dependencias.
- Que haya fácil acceso para los animales.
- Cumplimiento de las directrices recibidas, etc., con frecuencia para tener una buena higiene.
- Actuar según el protocolo del Hospital en caso de tener que desalojar, enterrar o incinerar un cadáver.
- Que los bebederos estén siempre llenos de agua.
- Mantener el número de animales necesarios de fácil procreación como pueden ser conejos o ratas .

5 Discusión-Conclusión

El papel del Celador en el Animalario es necesario para un buen funcionamiento del animalario y para que progrese la biomedicina, las vacunas, los fármacos y los fines sanitarios.

Los Celadores es el que se encarga del cuidado del Animalario como son los comederos, los bebederos, la limpieza, el traslado de los mismos, la colaboración en los experimentos, alimento y cuidado de los mismos para que estos animales estén en buenas condiciones.

El libro de registro es necesario tenerlo para que sin entrar en el Animalario, se pueda saber exactamente, los animales hay, sus clases, cuáles se cogieron para el experimento, que resultados se obtuvieron, etc.

Por último los celadores realizan todas las labores que sean esenciales para el mantenimiento de los animales tengan buena calidad de vida.

Capítulo 485

PERFILES DE CELADOR Y SUS FUNCIONES EN PLANTA COVID

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

JOSE URREA GARCÍA

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Nuestra forma de vida se ha visto drásticamente alterada desde que la infame pandemia entró en nuestras vidas y su contención se ha convertido en un desafío global.

Como en el resto del mundo, la proliferación desenfrenada de la Covid-19 en España puede tener diversos efectos negativos, entre ellos la saturación del sistema sanitario y la asignación de camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), respiradores u otros componentes sanitarios que debido al gran número de personas que deben ser atendidas y a la elevada carga de trabajo del personal, que les dificulta dar las mejores garantías, pueden resultar insuficientes.

Los celadores no estamos exentos de asumir este desafío, por lo que a continuación presentaremos una serie de apreciaciones que hemos adquirido a través del ejercicio real de nuestra profesión, el estrés, la ansiedad y los conflictos interpersonales.

Los colegas, la fatiga empática y otros efectos molestos son desventajas que deben evaluarse y estudiarse porque sólo obstaculizan el objetivo general de la sociedad: la erradicación de esta enfermedad increíblemente potente de reproducción. Dado que la mayoría son excelentes profesionales y los otros grupos son mucho menos comunes y esencialmente excepciones, podemos estimar el equilibrio cuantitativo aproximado entre el 80 y el 90 por ciento.

2 Objetivos

Dar una explicación de algunos tipos distintos de comportamientos o actitudes y muy extendida en individuos, que adhieren a algunas teorías psicológicas modernas, según observaciones previamente descritas en material escrito sobre este tipo de respuestas en personas expuestas a situaciones estresantes y novedosas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Nuestra tosca clasificación dicta que debe haber un mínimo de tres individuos que comparten algunos rasgos similares o comparables que los clasifican en uno de los perfiles que se enumeran a continuación:

- El celador inmóvil: A fuerza de rutina, logra esta imperturbabilidad. Rara vez se siente ansioso, no se mueve, hace su trabajo casi instintivamente y, lamentablemente, a veces le falta una empatía precisa en relación al automatismo que mencionamos.
- El celador lento: A veces ignora la carga en detrimento de sus compañeros de trabajo porque es bastante vengativo y no el mejor a la hora de brindar apoyo. Hace referencia a la ineficacia de los esfuerzos realizados e incluso acusa a los pacientes de comportamientos imprudentes ficticios.
- El celador pesimista: Su valoración pesimista de la situación, como la de los indolentes, alude frecuentemente a la inutilidad de los esfuerzos propios y de

los profesionales médicos, que consideran la situación social y económica como irreversible, a veces incluso con ella. Debido a su identidad obvia y argumentos débiles, apenas tiene impacto en su entorno.

-El celador oportunista: Siempre llega al trabajo sonriendo, generalmente es alentador y no tiene miedo de esforzarse, aunque no siempre es así. Su alegría es contagiosa, por así decirlo. En algunos casos extremos, incluso muestra una empatía admirable, pero también muestra un comportamiento excesivamente optimista en circunstancias extremas. Por lo general, se usa con audacia si la situación lo requiere. Queremos decir que, afortunadamente, hay muchos de este tipo de celadores.

Son habituales en un alto porcentaje entre nuestros compañeros de trabajo. Trabajan bien con sus compañeros de guardia y con el resto del personal médico y de limpieza porque son comprensivos, comprometidos, serios y profesionales.

Basándonos en el primer día de trabajo de los guardias en la planta COVID, finalmente clasificamos los dos tipos diferentes de celadores.

El celador novato: En muchas ocasiones experimenta sensaciones abrumadoras en su primer día de trabajo. Se siente abrumado con el EPP y, como resultado, puede desmayarse o incluso vomitar debido al estrés o la ansiedad. Si bien es cierto que esto provoca que le siga un mayor estado de tristeza, puede empezar a aparecer el llanto.

En lugar de llorar, ahora está más serena.

- El nuevo celador: es capaz de terminar siendo un miembro del grupo que podríamos considerar más útil, ya que es un gran profesional, optimista o incluso impasible, y tiene un buen presentimiento sobre sí mismo. Aunque puede cometer errores, empieza actuando con comodidad.

5 Discusión-Conclusión

Aunque hay muchos comportamientos diferentes que se pueden mostrar en situaciones específicas que requieren el cumplimiento de un protocolo estricto, así como diferencias en cómo una persona puede afrontar el estrés, la tensión y la ansiedad en diferentes momentos del día, es posible concluir que todos podría encajar en una de estas categorías después de una cuidadosa descripción y observación sino precisamente, al menos en general, estos grupos. Vigilar de cerca el comportamiento y las actitudes de nuestros compañeros de trabajo nos ha sido útil para lograrlo.

Dado que la mayoría son excelentes profesionales y los otros grupos son mucho menos comunes y esencialmente excepciones, podemos estimar el equilibrio

cuantitativo aproximado entre el 80 y el 90 por ciento.

Los celadores con los que hemos trabajado son miembros de lo que llamamos grupos serviciales.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Profesionales. Enfermedad por nuevo coronavirus.

Capítulo 486

PAPEL DEL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE EN EL HOSPITAL

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

JOSE URREA GARCÍA

1 Introducción

Primero se dará una explicación del término "muerte". El cuerpo humano, en todas sus funciones vitales, queda completa e irrevocablemente destruido al morir. Exitus, término utilizado para describir el momento de la muerte, es otro nombre para ello. Muerte, muerte, muerte también es visible.

El personal médico es quien certifica el fallecimiento. Existen signos tanto tempranos como tardíos que pueden indicar que el paciente ha fallecido. Los primeros síntomas incluyen falta de respiración, inmovilidad del abdomen o tórax por falta de tono muscular, etc. Los últimos se producen cuando el cuerpo se ha vuelto rígido y endurecido a las pocas horas de fallecer un cadáver que no se ha putrefacto o un cuerpo frío.

Antes, durante y después del fallecimiento de un paciente, los tutores desempeñan un papel fundamental a la hora de movilizar y transportar al fallecido, vestirlo con un sudario y comunicarse directamente con las familias del fallecido,

que a menudo se encuentran en peligro en ese momento. Requieren paz, calma y delicadeza para ellos.

La intervención de los celadores de piso en el sudario se limita a movilizar el cadáver para ayudar a la enfermería en su trabajo. El celador nunca informará a la familia del paciente sobre la muerte del paciente. Esta información debe ser proporcionada por el personal médico.

2 Objetivos

Describe las acciones que debe tomar el celador después del fallecimiento del paciente, así como las precauciones que debe tomar para llevar a cabo estas funciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada.

Con la ayuda de términos de búsqueda y filtros como "celador", "muerte", "Exitus" y "muerte", se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos. Además, se consultaron Guías de Práctica Clínica y publicaciones científicas encontradas en diversas revistas españolas.

4 Resultados

Según el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario, la Guardia desempeña las funciones que le corresponden en este tipo de circunstancias. tanto 19 como 14.2. 20.

Primero se prepara a la paciente para que su familia pueda cuidarla antes del funeral. Este proceso, conocido como "Encubrimiento", implica las acciones que se enumeran a continuación.

- Retirar todos sus bienes personales.
- Sacar los catéteres, sondas u otros equipos que llevaba el cadáver.
- Desinfectar el cuerpo.
- Utilice una gasa o algodón para tapar los orificios naturales para evitar que salga sangre o secreciones.
- Se utilizan vendas para sujetar los tobillos.

- Para distinguir el cadáver de los demás, envuélvalo en una sábana o funda con cremallera hecha específicamente para envolver cadáveres y etiquételo en un lugar destacado.
- Luego de realizar lo antes mencionado, colocarlo sobre una camilla.
- En cuanto se disponga del correspondiente informe de traslado, trasladarlo al tanatorio.

Serán lugares tranquilos y privados en torno a las familias de los pacientes.

El Celador lo trasladará a la habitación correspondiente y lo colocará en la cámara fría antes de realizarle la autopsia. Cuando llegue el momento de la autopsia, el guardia lo llevará desde la habitación fría a la mesa de autopsia, posiblemente desabrochándolo en el proceso.

Trabjará en conjunto con el personal médico en cargo de la autopsia. El difunto será limpiado, amortajado y colocado en la morgue una vez finalizada la autopsia. Luego se procederá a limpiar la mesa y sala de autopsias, así como el instrumento utilizado y entregar las muestras orgánicas.

Necesitará medidas preventivas para todo esto y le recomendamos utilizarlas.

Los guantes de látex y desechables son salvaguardias cruciales en este servicio. el caso.

Se colocará un par de guantes nuevos de inmediato si el celador nota que los guantes están gastados o rotos. Junto con mascarillas y gafas de seguridad, te pondrás la bata desechable para evitar derrames de sangre derrame de fluidos corporales. Tenga en cuenta que el lavado de manos rutinario es una precaución esencial para prevenir la contaminación.

5 Discusión-Conclusión

Dado que los celadores estarán en contacto con la familia del fallecido en esta situación y apoyarán a las enfermeras o al personal encargado de cubrir al fallecido, su acción es crucial complicado para ellos, donde la empatía, la sensibilidad y una sólida formación son cruciales.

El celador nunca informará a la familia del paciente sobre la muerte del paciente. Esta información debe ser proporcionada por el personal médico.

Es fundamental que el celador sea consciente de todas las tareas que debe realizar al cuidar de un paciente fallecido, realizarlas de manera eficiente, apoyar los esfuerzos del equipo médico y respetar siempre al fallecido y a sus familiares en una situación tan delicada.

6 Bibliografía

1. Manual del Celador de Instituciones Sanitarias-MAD <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/tema-9-cel-autopsia-y-mortuorios.pdf>

Capítulo 487

VIOLENCIA HACIA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

JAIONE HERNÁNDEZ DÍEZ

1 Introducción

La OMS define la violencia en el trabajo como “aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”.

Se está observando un incremento notable en la agresividad de la gente usuaria de los servicios de salud pública y los auxiliares administrativos están siendo de los primeros en sufrirla, puesto que son las primeras personas a las que se dirigen los pacientes al entrar o llamar a un centro de salud.

Según la información que se obtiene de los informes elaborados al respecto de este tipo de agresiones en el ámbito sanitario, el 44% de estas situaciones violentas se dan en la atención primaria.

Esta violencia hacia los trabajadores se manifiesta en agresiones verbales, insultos, acoso, amenazas y en ocasiones en acciones más graves como son las agresiones físicas.

Se hace de esta forma necesaria la elaboración de un programa dirigido a la prevención y protección a estos trabajadores y de esta manera asegurar que puedan ejercer sus funciones de una forma más segura y eficaz.

2 Objetivos

- Identificar las causas que provocan la agresividad en los usuarios de los servicios públicos.
- Dar a los auxiliares administrativos los medios necesarios para identificar, minimizar y evitar los peligros derivados de estas conductas de los pacientes.
- Analizar las consecuencias que estas situaciones conllevan.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se han utilizado diferentes fuentes como bases de datos, noticias de actualidad, webs... para recopilar toda la información relativa a esta situación de violencia que se está dando por parte del paciente al auxiliar administrativo.

Hemos introducido las palabras clave: auxiliar administrativo, violencia, agresión, centros sanitarios, condiciones de trabajo.

4 Resultados

Se observa un mayor número de conductas violentas en los pacientes e incluso en familiares de los pacientes, que solicitan asistencia en los centros de salud y dichas conductas están motivadas, principalmente, por la demora en la obtención de las citas y la disconformidad con los procedimientos establecidos en los centros de salud. La crispación provocada en un paciente por no poder obtener una cita en días, las listas de espera para la realización de pruebas diagnósticas y cualquier otra situación similar, hace que su malestar se dirija negativamente hacia la primera persona que le atiende presencial o telefónicamente y que suele ser el auxiliar administrativo.

Dejando a un lado que es necesaria una reforma estructural de nuestro sistema sanitario, es imperativo que hay que proporcionar a dichos trabajadores de medidas de todo tipo para preservar su salud tanto la física como la mental. Son medidas para ayudar a poder identificar estas conductas agresivas, saber gestionarlas y poder protegerse en caso de que sea necesario. Por un lado, estas ayudas se concretan en diseñar espacios de trabajo seguros como, por ejemplo, crear ambientes de espera que eviten el estrés en los pacientes o directamente colocar mamparas que eviten agresiones al trabajador. Por otro lado, se trata de dar a los trabajadores las técnicas para minimizar conflictos como puede ser, por ejemplo, saber leer las señales de un posible riesgo de violencia, saber mantener la calma

e intentar calmar al paciente, no responder a las provocaciones finalizando la discusión, etc.

Estos riesgos y medidas que hemos mencionado que ponen en peligro la seguridad de los trabajadores en su puesto de trabajo en los centros de salud, están siendo incluidas en la política de prevención en el ámbito de la Prevención Laboral de los trabajadores del Sector Sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares admirativos, al igual que el resto de los profesionales, que están en los centros de salud tienen derecho a ejercer su trabajo con seguridad jurídica.

El no tomar medidas que disminuyan este ambiente de inseguridad que se está creando, supone para el trabajador una mayor presión laboral, estrés, la desmotivación en el ejercicio de sus funciones e incluso miedo por sufrir un daño físico. Haciendo una buena labor de prevención se puede dar una relación cordial y profesional entre trabajador y el paciente, manteniendo de esta forma la eficiencia y calidad en los servicios prestados en los centros de salud.

6 Bibliografía

La Organización Mundial de la Salud (OMS) www.sanidad.gob.es
www.astursalud.es

Capítulo 488

EL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN SANIDAD

LETICIA MOSQUERA SUAREZ

1 Introducción

Es normal sentir ansiedad de modo ocasional a lo largo de nuestra vida. Sin embargo, cuando las preocupaciones y miedos son excesivos y persisten en el tiempo hablamos de trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad interfieren con las actividades diarias y son desproporcionados en comparación con el peligro real al que se enfrente y pueden perdurar durante un tiempo. Se suelen evitar ciertos lugares o situaciones en los que la persona ha sentido miedo o ha sufrido algún tipo de preocupación.

Los síntomas de la ansiedad son los siguientes:

- Sensación de nerviosismo
- Aumento del ritmo cardíaco.
- Sensación de peligro constante.
- Respiración acelerada.
- Sudoración
- Temblores
- Tener problemas para dormir.
- Problemas de concentración

Hay varios trastornos de ansiedad:

- Agorafobia: La persona teme unas determinadas situaciones y lugares que le causan pánico y a menudo intenta evitarlas.
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad: Se tienen síntomas de ansiedad o pánico que son causados por un problema de salud físico.

- Trastorno de ansiedad generalizada: La persona tiene una ansiedad y preocupación excesiva y continuada en cualquier tipo de situación ya sea un evento o asuntos comunes que se realizan en el día a día.
- Trastorno de pánico: La persona tiene episodios repetidos de ansiedad que alcanzan un nivel máximo en minutos. Estos ataques de pánico hacen que la persona se preocupe por si le ocurren de nuevo o que evite las situaciones en las que le han ocurrido.
- Mutismo selectivo: La persona tiene una incapacidad para hablar en ciertas situaciones.
- Trastorno de ansiedad por separación: Es un trastorno de la niñez que se caracteriza por una ansiedad excesiva y se relaciona con la separación de los padres u otras personas que cumplen una función paternal.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social): La persona experimenta altos niveles de ansiedad en situaciones sociales debido a que el individuo siente vergüenza, inseguridad y preocupación por miedo a ser juzgado por otras personas.

2 Objetivos

- Conocer y clasificar los tipos de ansiedad que existen.
- Identificar los síntomas que tienen en común los diferentes tipos de ansiedad existentes.
- Entender los factores que llevan a tener un episodio de ansiedad.
- Minimizar los casos de ansiedad.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo también una búsqueda sistemática de libros y consultas de artículos en las siguientes páginas web: Mayoclinic, Clinic Barcelona y Scielo, escogiendo artículos científicos de publicaciones ya revisadas.

4 Resultados

Los factores de riesgo que pueden incrementar la aparición de los trastornos de ansiedad son los que se enumeran a continuación:

- Factores de riesgo genéticos y fisiológicos: Hay ciertas estructuras cerebrales (como la amígdala) que hace que se desarrollen los trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad. También se sabe que los hijos de los padres que están diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad tienen más riesgo de sufrir un ataque de pánico.
 - Factores de riesgo temperamentales: Algunos trastornos de ansiedad están condicionados por la forma en la que percibimos las situaciones del día a día.
 - Factores de riesgo ambientales: El trastorno de ansiedad por separación en los niños, por ejemplo, se puede desarrollar después de experimentar un episodio de estrés vital. Unos ejemplos de estrés vital serían los casos en los que se produce la muerte de una mascota o de un familiar, una enfermedad propia o de un familiar, el divorcio de los padres, un cambio de colegio o un cambio de domicilio.
- En el caso de los adultos jóvenes con trastorno de ansiedad por separación los casos en lo que se produciría un episodio de estrés vital serían la emancipación, iniciar una relación de pareja o comenzar una nueva etapa en su vida como es empezar un nuevo proyecto siendo padres.
- Otros factores de riesgo ambientales serían la sobreprotección que tienen los padres en determinadas ocasiones con los hijos, la escasa calidez que se tiene en los modelos de crianza, el maltrato infantil, los abusos sexuales, la pérdida de los padres y la separación de los padres. Las experiencias infantiles de abusos sexuales y de malos tratos físicos se desarrollan en el trastorno de pánico.

5 Discusión-Conclusión

La función de la ansiedad es la de movilizar y alarmar al organismo para que intervenga frente a los riesgos y amenazas que se puedan producir y, por lo tanto, no se puede eliminar. Las personas que sufren estos trastornos de ansiedad tienen que aprender a convivir con la ansiedad sin que afecte a las actividades que realizan en su vida cotidiana que como dijimos anteriormente la ansiedad no se puede eliminar pero sí que se puede controlar con la ayuda de los especialistas sanitarios que se dedican a llevar el caso y el diagnóstico de este tipo de pacientes. Cuando estos trastornos se diagnostican correctamente y los profesionales encargados de su atención y recuperación le proporcionan la medicación adecuada y las herramientas y técnicas necesarias para poder superar los trastornos de ansiedad suelen mejorar rápidamente.

Capítulo 489

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

LETICIA MOSQUERA SUAREZ

1 Introducción

Los equipos de protección individual (EPI) son los elementos, llevados o sujetos por la persona, y tienen la función de proteger al profesional sanitario frente a los riesgos específicos del trabajo.

Los EPI que más se utilizan en el ámbito sanitario son los siguientes:

- Mascarillas: las hay de 2 tipos:

- 1.- Mascarillas autofiltrantes que pueden ser reutilizables, desechables o no reutilizables.

- 2.- Mascarillas con filtros: son medias máscaras o máscaras completas con filtros intercambiables contra partículas y agentes biológicos y filtros contra gases y vapores.

- Protección ocular:

- 1.- Gafas de seguridad de patilla: mayor ventilación y comodidad en cuanto a peso y usabilidad.

- 2.- Gafas de protección cerradas: mejor visión panorámica y máxima protección ocular.

- 3.- Cubregafas de seguridad: la opción más cómoda si se usan gafas graduadas propias.

- 4.- Pantallas faciales: protegen tanto los ojos como al resto de la cara.

- Calzado de seguridad: la mejor alternativa son los zuecos, ya que son cómodos, transpirables, antibacterianos, antideslizantes y son homologados.

- Guantes de protección: los materiales más utilizados en los guantes son el látex, el polisopreno, el nitrilo y el vinilo.
- Uniformes sanitarios: nous ejemplos de uniformes sanitarios serían los pantalones, los pijamas y las batas.

2 Objetivos

- Conocer la definición de equipo de protección individual y los tipos de EPI que existen.
- Identificar las condiciones que se deben cumplir para utilizar los EPI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 condiciones que se deben cumplir para utilizar los EPI son los siguientes:

- Responder a las condiciones existentes en el lugar de trabajo: el EPI tiene que adecuarse a las condiciones del lugar de trabajo como la temperatura y la humedad. Además, también se tienen que tener en cuenta otros aspectos como el esfuerzo físico que tiene que realizar el trabajador o el periodo de tiempo en el que tiene que llevar puesto el EPI.
- Hay que tener en cuenta las condiciones anatómicas, fisiológicas y el estado de salud del trabajador: el EPI es utilizado para un uso individual y debe adaptarse a cada tipo de persona que lo va a utilizar. Por lo tanto, hay que tener en cuenta los aspectos ergonómicos, el estado físico y la salud del trabajador que lo vaya a llevar.

Algunas consideraciones a tener en cuenta serían las siguientes:

- ☒ Talla y diseño.
- ☒ Trabajadores especialmente sensibles.
- ☒ Trabajadoras embarazadas.
- ☒ Personas con discapacidad.

- Los EPI tienen que adecuarse al usuario, ya que un mal ajuste puede producir un riesgo, puesto que se podría ocasionar una disminución de la protección ofrecida por el equipo o la inexistencia de la protección a pesar de llevar puesto el EPI. También tienen que ser compatibles porque si se utilizan varios equipos de protección individual a la vez tienen que estar bien ajustados para que su grado de protección sea el previsto al diseñarlos y no generen riesgos añadidos.
- Cumplir con las disposiciones y normativas aplicables sobre diseño y fabricación en materia de seguridad y salud. La legislación aplicable será el Reglamento (UE) 2016/425 y basándose en él, llevará el correspondiente marcado CE.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de protección individual son muy importantes tanto para prevenir los riesgos o para proteger tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios frente a los agentes biológicos o las condiciones atmosféricas, por ejemplo, que pueda haber en el lugar de trabajo.

Al utilizar estos EPI tenemos que estar seguros de que están correctamente ajustados. En el caso de que no nos queden bien ajustados hay que avisar al responsable que haya en el centro de salud o al profesional de prevención de riesgos laborales que se encargue de llevar estos asuntos para que nos den otros EPI que nos queden ajustados para poder garantizar la mayor protección posible que tienen estos equipos de protección individual.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/materias/equipos/epi>.
2. <https://enfermerodesimulacion.com/2021/11/19/equipos-de-proteccion-individual-para-sanitarios/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 490

EL PERSONAL DE FONTANERÍA DE UN HOSPITAL EN EL MANTENIMIENTO EN LOS SISTEMAS DE AGUAS CALIENTES

DAVID ABAD GONZÁLEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

1 Introducción

El Instituto Nacional de la Salud (1990) afirma que el objetivo primordial del sistema sanitario español es "garantizar la salud de los ciudadanos y usuarios, así como intervenir cuando se pierda". Por lo tanto, debe construirse utilizando un sistema de producción triangulado y respaldado por personal, herramientas técnicas y tecnología.

Debido a la interdependencia de estos tres pilares, si faltara alguno de ellos, sería imposible mantener adecuadamente los servicios de salud. En consecuencia, es fundamental garantizar que el diseño de las instalaciones y de los equipos sea el adecuado, que el trabajo y montaje de los equipos se realice correctamente y que se proporcione un servicio de mantenimiento continuo, eficaz y eficiente.

El usuario de un hospital busca una atención de alta calidad, la cual está determinada por el éxito del centro médico en el logro de todos sus objetivos. En ello incidirá directamente el correcto funcionamiento de los servicios y equipos biomédicos de un centro, así como el adecuado mantenimiento de los centros sanitarios. Además, el mantenimiento regular, eficaz y eficiente afecta la gestión hospitalaria, particularmente en términos de desembolsos financieros a corto y largo plazo.

El Instituto Nacional de la Salud (1990) afirma que el objetivo principal del sistema sanitario español es garantizar la salud de los ciudadanos y usuarios, así como intervenir cuando se pierde. Por tanto, es necesario construirlo a través de un sistema de producción que se apoya triangularmente en personal, herramientas técnicas y tecnología.

Sin uno de estos tres pilares, sería imposible mantener los servicios de salud como están hoy. Por lo tanto, es crucial asegurarse de que los edificios y equipos estén diseñados adecuadamente, que el trabajo se realice correctamente, que el equipo esté ensamblado correctamente y que el mantenimiento sea continuo, efectivo y eficiente.

2 Objetivos

Investigar el mantenimiento a nivel hospitalario del sistema de agua caliente de un centro hospitalario.

3 Metodología

La revisión de la literatura se realizó utilizando diversas bases de datos que contenían datos descriptivos de estudios observacionales transversales. Para localizar los artículos relevantes en las bases de datos científicas para completar el trabajo se han utilizado como palabras clave una serie de DECS (descriptores de salud). Se han utilizado las siguientes palabras clave: prestaciones, hospital, agua caliente, mantenimiento.

4 Resultados

Cuando hablamos de mantenimiento hospitalario, nos referimos realmente a "acciones encaminadas a asegurar el correcto funcionamiento, aumentando la confiabilidad de los sistemas, instalaciones y equipos de ingeniería básica del hospi-

tal, mediante la implementación de actividades de organización, gestión, planificación, ejecución, y control. ". Como se mencionó anteriormente, los servicios de mantenimiento no generan beneficios por sí solos, pero sí previenen aumentos de costos a largo plazo y actúan como un indicador del nivel de atención.

Esto es lo que significa mantener los servicios hospitalarios:.

- Un diagnóstico más rápido de averías y averías.

Menos lesiones adicionales.

- Se están realizando revisiones más frecuentes.

- Reducción de las interrupciones en el trabajo.

- Se han eliminado las revisiones innecesarias.

- Se reducen los problemas de desgaste.

- Se eliminan los componentes ineficaces.

- Ahora es más crucial que nunca mantenerse al día con los elementos, piezas y ubicaciones cruciales esenciales.

Además, le permite proteger el medio ambiente, incluidos los entornos institucionales y de pacientes, mejorando la seguridad. En general, se ha encontrado que el mantenimiento en el sistema de salud tiene muchas ventajas porque se basa en el cumplimiento de criterios muy simples, precisos, específicos, fáciles de entender y cuyas tareas se realizan de manera metódica. La prioridad también influye en el orden en que se finalizan las tareas.

Todo esto beneficia directamente a los miembros del equipo de mantenimiento al evitar la pérdida de conocimientos y experiencia y reducir la rotación de personal. También proporciona información general más completa sobre servicios y lugares de trabajo. También se ha demostrado que los equipos pueden beneficiarse del trabajo en equipo y vivir más tiempo.

El mantenimiento basado en la confiabilidad y la prevención resulta especialmente perjudicial para los sistemas de agua caliente y aire acondicionado, necesarios para garantizar el correcto funcionamiento de los servicios de salud. Cuando decimos "crear condiciones de temperatura, humedad y limpieza del aire adecuadas para el confort, dentro de espacios cerrados", en realidad nos referimos a "aire acondicionado". Por lo tanto, los miembros del equipo de mantenimiento deben estar familiarizados con los distintos tipos de calefacción y refrigeración, así como con los sistemas de distribución de agua, aire y vapor y otros elementos terminales.

La continuidad de estos sistemas de aire acondicionado se incrementa significativamente mediante programas continuos de mantenimiento preventivo, que garantizan la asistencia sanitaria. También se han descubierto componentes esenciales como la motivación de los empleados, la baja rotación, la experiencia,

las habilidades adquiridas, etc. que normalmente se garantizan mediante la implementación de programas de mantenimiento preventivo.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas sanitarios en diversos campos y áreas hospitalarias requieren un mantenimiento constante y confiable.

El mantenimiento del agua caliente, necesario para garantizar el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios, se ve especialmente afectado por un mantenimiento basado en la fiabilidad y la prevención.

Por ello es necesario implementar programas de mantenimiento preventivo en estas instalaciones.

Los programas de mantenimiento preventivo utilizados en la industria de la salud han producido excelentes resultados en términos de ahorro de los costos, así como mejoras en la satisfacción laboral del personal y la calidad de la atención al paciente para mantener su empleo.

6 Bibliografía

1.www.scielo.org

Capítulo 491

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS CENTROS SANITARIOS Y EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL USO DE LA VOZ

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

1 Introducción

En la actualidad, el auxiliar administrativo es el responsable de prestar atención directa al paciente y soporte telefónico, lo que ocupa la mayor parte de su horario de trabajo. Por tanto, el auxiliar administrativo deberá cuidar al máximo su voz, que le servirá como principal herramienta de trabajo. La falta de voz o el mal estado de la voz implicarán una frecuente incapacidad para trabajar.

La comunicación verbal será una habilidad necesaria para una variedad de tareas. Las funciones de un auxiliar administrativo en los centros de salud siempre han estado asociadas al uso del teléfono. Debido a la situación de pandemia de Covid, la asistencia telefónica se ha vuelto crucial. Como resultado, el número de

llamadas recibidas y atendidas por el mismo personal se ha duplicado, lo que ha provocado que surjan una serie de problemas relacionados con la voz.

La voz es el sonido que se produce cuando el aire pasa a través de la laringe y hace que las cuerdas vocales vibren muy cerca unas de otras. En su interior se encuentran las cuerdas vocales, que están formadas por dos músculos laríngeos. La respiración se produce cuando se abre y la fonación cuando se cierra. Estas cuerdas vocales pueden contraerse o relajarse, lo que produce sonidos agudos o graves. El componente más importante de la voz es la laringe.

En muchas ocupaciones, utilizar la voz como herramienta de comunicación es crucial porque debe usarse constantemente y puede ser crucial para el progreso de las tareas realizadas.

Según varias investigaciones, hasta un tercio de la población trabajadora de un país puede utilizar su voz como herramienta en el lugar de trabajo.

Más de dos millones de personas padecen trastornos de la voz, que son el segundo motivo de baja laboral, según las estadísticas de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Las mujeres experimentan trastornos de la voz con más frecuencia que los hombres.

2 Objetivos

- Estudiar los puestos administrativos más proclives en el ámbito sanitario a sufrir lesiones en la voz e intentar mejorar las habilidades comunicativas.
- Enumerar cuáles son los factores de riesgo que más influyen en la voz.

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. También se han consultado diferentes temarios de oposición. Se han utilizado palabras como: auxiliar administrativo -voz- centros hospitalarios

4 Resultados

El proceso mediante el cual se envían y reciben mensajes entre el emisor y el receptor es la comunicación. Uno de los medios de comunicación más populares

y actuales en el ámbito sanitario es el teléfono. El uso constante de su voz en el curso de su trabajo representa un riesgo para los auxiliares administrativos, y existe una variedad de factores que pueden provocar la pérdida de la voz y dejar al empleado incapaz de realizar sus funciones.

Es posible que experimente una emisión de voz entrecortada o incontrolable a lo largo de la jornada laboral, lo que requerirá la necesidad de toser o aclarar, así como una dificultad cada vez mayor en la fonación correcta, que comenzaría con una leve molestia o un aclaramiento de la garganta con demasiada frecuencia.

También hay que tener en cuenta factores organizativos o ambientales del centro sanitarios, pero Los trastornos vocales son más propensos a presentarse debido a factores individuales del trabajador

Los factores individuales pueden incluir no entender cómo funciona la voz y cómo prevenir cambios en ella, hablar a un volumen excesivo, respirar de forma incorrecta o insuficiente por la boca constantemente, estar tenso, estresado y malos hábitos como fumar, beber alcohol o dormir pocas horas.

Como factores externos podemos enumerar: factores ambientales inadecuados (como falta de humedad en el ambiente, exceso de frío o calor, mala ventilación o corrientes de aire, aire acondicionado y otros agentes como humo o polvo), factores que condicionan el espacio de trabajo como el ruido, falta de aislamiento, instalaciones acústicamente incorrectas.

En cuanto a factores organizativos, estos pueden ser: sobrecarga de trabajo, no tomar descansos, distribuir incorrectamente las tareas.

Cuando se producen alteraciones en nuestra voz, ya sea en el timbre, la intensidad o el tono, pueden aparecer afonías y disfonías como principales trastornos de la voz. La disfonía se produce cuando existe un trastorno vocal, ya sea laríngeo o respiratorio, que afecta el volumen, timbre y modulación de la voz. Una voz disfónica se caracteriza por: timbre ronco, tono inadecuado, monotonía, pérdida de potencia, fatiga al hablar. Cuando la disfonía alcanza su máximo se produce la afonía, que consiste en la pérdida total de todas las características de la voz.

5 Discusión-Conclusión

Una actitud permanente de cuidado personal, tanto en el trabajo como fuera de él, así como un estilo de vida saludable, serán necesarios para la protección de la voz, además de aplicar una serie de precauciones y buenas prácticas. Será recomendable seguir unas pautas adecuadas de descanso de la voz, evitar la sobrecarga de trabajo y el consumo de tabaco, cuidar la alimentación y protegerse de los cambios bruscos de temperatura.

Además, se mantendrá una buena hidratación bebiendo un litro y medio de agua al día. Se evitarán las bebidas frías o calientes en exceso y se limitará la ingesta de alcohol y café. Será necesaria una buena planificación del horario laboral y los descansos, para que la salud del trabajador no se resienta. Bebiendo de seis a ocho vasos de agua al día, evitando bebidas demasiado calientes o demasiado frías y limitando la ingesta de café y alcohol. Del mismo modo, es necesario regular el entorno laboral, ya que es beneficioso para la salud de los empleados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 492

EL GRUPO PROFESIONAL DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS SANITARIOS Y LAS AGRESIONES

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

1 Introducción

Debido a que los auxiliares administrativos son el primer profesional encargado de atender al paciente en hospitales y centros de salud, tanto en persona como por teléfono, ha habido más casos de abuso físico y verbal dirigido a ellos por parte de pacientes, sus familiares o acompañantes.

Con frecuencia tienen que calmar a pacientes y familiares debido a la actual situación de la sanidad, muy congestionada y con largas listas de espera, que les obliga a actuar como su primer punto de contacto. Sin embargo, debido al nerviosismo generalizado, la incertidumbre y el miedo que sienten los enfermos en su conjunto, se producen muchas agresiones verbales por parte de los pacientes de

forma regular. La pandemia del Covid-19, marcó un antes y un después en la forma de percibir la sanidad por parte de los usuarios.

Los insultos y otros tipos de agresiones, que también afectan negativamente a la salud de los auxiliares administrativos, no pueden compararse con las agresiones físicas en términos de peligro o facilidad de detección.

Según diversos estudios publicados, las agresiones a los profesionales que trabajan en sanidad han sufrido un aumento considerable en los últimos años. Siendo el colectivo femenino el que tiende a sufrir más ataques verbales y físicos que el colectivo de los hombres.

2 Objetivos

Enumerar las funciones realizadas por el auxiliar administrativo del ámbito sanitario y las probabilidades de recibir agresiones físicas o verbales en el transcurso de su trabajo.

3 Metodología

Para la realización 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 largas listas de espera y los retrasos en la atención sanitaria se encontrarán entre las principales causas de agresiones al personal médico y no médico, seguidas de la insatisfacción de los pacientes con la atención que recibieron.

Las situaciones descritas, los hace sentirse frustrados, enojados o sobrecargados y esto conlleva que los auxiliares administrativos del ámbito sanitario tengan que lidiar con pacientes alterados casi todos los días.

Las habilidades de comunicación con el paciente será uno de los principios fundamentales de la práctica de los profesionales sanitarios y no sanitarios y una de las herramientas más poderosas para la prevención de la agresión. También se considerarán uno de los elementos más cruciales. Es importante evaluar el nivel

de atención brindada por profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, para ir hacia una atención de calidad.

El primer curso de acción recomendado para un paciente combativo es la contención verbal para intentar calmar a un paciente agitado (y/o su familiar), cuyo objetivo no es más que tratar de evitar el siguiente paso, que sería físico. Dado que uno de los propósitos del lenguaje es impartir conocimientos precisos a sus usuarios, la agresión puede evitarse o al menos prevenirse entre el personal auxiliar administrativo. Cambiar la forma en que se comunican con el usuario o usuarios que tienen delante para que comprendan plenamente y tengan claro lo que se dice. El auxiliar administrativo hablará en un tono adecuado a la circunstancia y, lo más importante, le dará al usuario (paciente, familiar) la oportunidad de expresarse, no interrumpirle, dar la oportunidad de consultar aclaraciones, etc. Todas estas reglas de uso de contenidos verbales deben ir acompañadas de conductas no verbales como, por ejemplo, mantener contacto visual con nuestro interlocutor, mantener una postura corporal abierta en todo momento y mantener siempre una distancia respetuosa con los demás. Los mensajes verbales también deben ir acompañados de gesticulación y movimientos corporales adecuados a la situación.

5 Discusión-Conclusión

Se podría llegar a la conclusión, de que en los últimos tiempos, la violencia sobre el personal que trabaja en el ámbito sanitario ha sufrido un considerable aumento. Es un hecho a tener muy presente.

Centrándonos, en el grupo de personal de auxiliares administrativos, se podrían enumerar las siguientes causas como las más comunes en las agresiones:

- Los diagnósticos médicos, con los que tanto los pacientes como los familiares por un motivo u otro no están del todo de acuerdo. Les producirá un estado de frustración que podrían llevarlos a cargar contra el auxiliar administrativo.
- Las interminables listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialistas y pruebas varias, provoca mucho malestar entre los pacientes.
- Acudir a los centros sanitarios habiendo consumido drogas, alcohol, etc.

El personal administrativo es, muchas veces, la cara más visible de la sanidad, y, por tanto, tiene más riesgo de sufrir agresiones.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 493

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO Y BIOMEDICO DE LOS HOSPITALES

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

1 Introducción

Las funciones que realizará el auxiliar administrativo en el servicio de laboratorio van desde recibir pacientes ambulatorios con citas en las que se especifica la hora y el día en que deben presentarse a tomar sus muestras (el auxiliar administrativo procesará estas citas), hasta recibir exámenes y muestras de pacientes hospitalizados. Algunas de las muestras citadas serán el líquido cefalorraquídeo, heces, orina y sangre.

Por lo general, se encuentran en la planta baja, donde se puede acceder fácilmente, desde las diferentes plantas y los pacientes ambulatorios.

Para gestionar las demandas del servicio de laboratorio deberá existir un Área Administrativa. Más adelante se proporcionará una explicación más detallada.

Se pueden distinguir tres zonas en este servicio:

- Una zona de espera.
- La entrada.
- El área de gestión.

Los pacientes son recibidos en la recepción, que normalmente se encuentra entre la zona de espera y la recogida de muestras. El auxiliar administrativo revisa los volantes e ingresa las solicitudes en el sistema informático que se encuentra allí. También verifica que los datos del paciente sean exactos; si no, lo modifica antes de continuar. También en este punto, el auxiliar administrativo entrega al paciente su volante registrado y responde cualquier consulta que pueda tener. Las responsabilidades del auxiliar administrativo en esta área se pueden resumir de la siguiente forma:

- Cuando sea requerido, ofrecer asistencia al área gerencial y administrativa.
- Elaborar informes y, en caso de ser necesario, realizar pedidos de materiales.
- Cumplir con las tareas y deberes que le hayan sido delegados de acuerdo con la estructura interna del citado laboratorio, así como desempeñar las funciones que le sean requeridas por su cargo.

2 Objetivos

-Enumerar los distintos cometidos llevados a cabo por el personal de auxiliares administrativos en el servicio de laboratorio de los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la realización 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. También en diferentes temarios de oposición.

4 Resultados

Se van a explicar más detalladamente las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de laboratorio clínico. Entre las tareas más importante se pueden destacar las siguientes:

- Introducir la información que se recibe en el sistema informático diseñado especialmente para ello. Contará con un programa informático donde se guardará toda la información de los pacientes.
- Manejar informes y programar solicitudes médicas para análisis de laboratorio.
- Atender las solicitudes de citas realizadas telefónicamente o presencialmente por usuarios externos.
- En caso de ser necesario, realizará justificantes de asistencia, incluyendo nombre y apellidos del usuario, horarios de entrada y salida y fecha. También podría dar una explicación sucinta de por qué necesita la asistencia en cuestión.

Se requiere de un organigrama y una organización efectiva para que el trabajo del auxiliar administrativo se realice correctamente y el laboratorio funcione como debe, lo que redundará en una buena atención al paciente.

Es conveniente que el auxiliar administrativo reciba formación continua y esté familiarizado con las normativas más recientes de la materia.

Siempre actuará con discreción en el manejo de la información y tendrá precaución al difundir los resultados a los pacientes. El deber de confidencialidad en todo el área sanitario es un deber inexcusable.

En cuanto al espacio físico del área administrativo, deberá contar con:

- Espacio de recepción. Que contará con un mostrador lo suficientemente grande para atender a los clientes que se acercan, un lugar para recolectar muestras y otro espacio de trabajo con un teléfono, archivadores y un ordenador. Será de fácil acceso para los pacientes que acuden al servicio y contará con una sala de espera donde los pacientes esperarán a ser atendidos. Dicha sala de espera será un lugar confortable y adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos que prestan sus funciones en el servicio de laboratorio, tienen añadido un plus de peligrosidad en cuanto a riesgos laborales se refiere. Al trabajar cerca del laboratorio, pueden tener algún accidente de tipo biológico ya que se manejan productos químicos y hay posibilidad de contraer enfermedades que vengan en las muestras de los pacientes, motivos que pueden elevar el riesgo para su salud.

Por otra parte, la comunicación entre el auxiliar administrativo y el resto del equipo multidisciplinar deberá ser fluida, es un trabajo en equipo que deberá funcionar a la perfección.

Es fundamental que los auxiliares administrativos comprendan y reciban la capacitación adecuada para sus funciones en el área del laboratorio clínico para

poder realizar esas tareas de manera eficiente, apoyar los esfuerzos del equipo de atención médica y siempre anteponer las necesidades del paciente.

6 Bibliografía

<https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/personal-auxiliar-laboratorio-clinico-administrativo-celador-tcae/>

Capítulo 494

CELADOR EN SALUD MENTAL: CUIDANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

1 Introducción

La Ley 1986, conocida como la Ley General de Sanidad, revolucionó la atención a la salud mental al equiparar los derechos de los pacientes con enfermedades mentales a los de cualquier otro usuario. Esto marcó un punto de inflexión en las políticas de salud, llevando a las administraciones sanitarias a adaptar sus enfoques para lograr diversos objetivos en la atención primaria y especializada.

Los celadores de salud mental desempeñan un papel fundamental en este contexto.

Antiguamente, las responsabilidades que ahora asumen los celadores solían estar a cargo de los llamados mozos en los antiguos manicomios. Estas funciones han evolucionado y ahora implican una interacción cercana con los pacientes, muchos de los cuales presentan necesidades conductuales especiales.

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud en 1948 como un estado de completo bienestar mental, físico y social, incluyendo la salud mental. Esto abarca desde crisis en la personalidad y el comportamiento hasta la prevención y tratamiento de trastornos mentales como la psicosis o la neurosis. La salud mental se interpreta como la capacidad de una persona para enfrentar las tensiones cotidianas, trabajar de manera productiva y contribuir a la sociedad, reconociendo sus propias capacidades.

Para abordar los problemas de salud mental, se promueve una atención ambulatoria, la hospitalización parcial y la atención domiciliaria, minimizando la hospitalización. La colaboración entre servicios de salud mental y servicios sociales se enfoca en la prevención primaria y el abordaje de los problemas psicosociales que impactan en la salud de la población.

2 Objetivos

Examinar las actuaciones y responsabilidades llevadas a cabo por los celadores en el contexto de la unidad de salud mental.

3 Metodología

Para realizar la exploración de la literatura existente, se hicieron uso de varias herramientas de investigación, incluyendo Medline, PubMed, además de otras fuentes.

Se llevó a cabo una búsqueda utilizando términos MESH como "watchman"; "function" y "mental health". Además, se incluyeron en el análisis de investigaciones y estudios recientes.

4 Resultados

El papel del celador en el ámbito de la psiquiatría es de suma importancia, ya que desempeña una serie de funciones cruciales para el bienestar de los pacientes y el adecuado funcionamiento de la unidad de salud mental. Estas responsabilidades abarcan un amplio espectro de actividades que van desde la seguridad y el control de acceso hasta el apoyo emocional y el fomento de la actividad física.

En primer lugar, el celador tiene la responsabilidad de controlar el acceso a la unidad de salud mental. Esto implica vigilar de cerca las entradas y salidas, ase-

gurando que solo las personas autorizadas tengan acceso y evitando la introducción de objetos o alimentos no permitidos en el entorno de los pacientes. Esta tarea es esencial para garantizar la seguridad y el orden en la unidad.

Además de su función de control de acceso, el celador desempeña un papel crucial en la comunicación y la logística dentro de la unidad. Debe gestionar y trasladar de manera eficiente documentos, comunicaciones verbales y objetos que le sean entregados por el personal superior. También se encarga de mover aparatos según las indicaciones, asegurando que todo esté en su lugar adecuado para el funcionamiento de la unidad.

El celador no solo se limita a labores logísticas, sino que también contribuye activamente a crear un ambiente propicio para la recuperación de los pacientes. Esto implica velar por la iluminación y el sonido adecuados en el entorno, asegurando que las persianas se abran por la mañana y se cierran por la noche. Además, el celador promueve el orden y la armonía entre los pacientes, manteniendo un ambiente lo más silencioso posible y respetando los horarios de descanso de los pacientes.

Por último, otro aspecto relevante es el apoyo en la logística de medicamentos. El celador se encarga de recoger los medicamentos en la farmacia y de transportarlos al servicio de salud mental. Además, contribuye al fomento de la actividad física de los pacientes, controlando el suministro y consumo de tabaco en las zonas designadas para fumar.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el servicio de salud mental es de vital importancia para garantizar el adecuado funcionamiento de la unidad y el bienestar de los pacientes. Sus responsabilidades abarcan desde la seguridad y el control de acceso hasta el apoyo emocional y la promoción del bienestar físico de quienes reciben atención en este entorno especializado. A través de la supervisión constante, la gestión eficiente de la logística, la creación de un ambiente terapéutico y la interacción directa con los pacientes, el celador desempeña un papel multidimensional que contribuye de manera significativa al proceso de recuperación y al mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes de salud mental.

6 Bibliografía

1. Ley General de Sanidad, Ley 1986 del 25 de abril. Consultado el 29 de septiembre de 2023, en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-8755>.
2. OMS (Organización Mundial de la Salud). (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Consultado el 29 de septiembre de 2023, en <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>.

Capítulo 495

EL CELADOR: ADAPTANDO LA MOVILIZACIÓN AL PACIENTE

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

1 Introducción

La movilización de pacientes es una función crucial en la labor de los celadores, ya que se encarga de facilitar los cambios de posición de los pacientes dentro de la misma superficie, como una cama o una silla, así como su traslado de una superficie a otra, como de una cama a una camilla o a una silla de ruedas. Estos dos aspectos, la movilización y la transferencia, son procesos esenciales en la atención a pacientes con diferentes niveles de movilidad.

Para llevar a cabo estas tareas de manera segura y eficiente, los celadores deben adquirir una formación de las técnicas adecuadas de mecánica corporal. Esto implica aprender cómo colocar y utilizar su propio cuerpo de manera ergonómica para evitar lesiones tanto para el paciente como para ellos mismos. Además, es fundamental el uso de herramientas especializadas diseñadas para hacer más efectiva la movilización y transferencia de pacientes. Algunas de estas herramientas incluyen tablas de transferencias, que permiten mover al paciente de manera

más suave y controlada, sábanas entremetidas que facilitan la elevación o el cambio de posición del paciente, trapecios de cama que brindan a los pacientes un punto de agarre para moverse en la cama y grúas mecánicas que son esenciales para el traslado de pacientes que no pueden colaborar debido a su estado de salud o peso.

2 Objetivos

Evaluar las actuaciones desempeñadas por los celadores en la movilización al paciente dentro de un entorno hospitalario o de atención médica.

3 Metodología

Para realizar la exploración de la literatura existente, se hicieron uso de varias herramientas de investigación, incluyendo MEDLINE, PUBMED, además de otras fuentes. Se llevó a cabo una búsqueda utilizando términos MESH como "watchman"; "mobilization" y "patients". Además, se incluyeron en el análisis investigaciones y estudios recientes.

4 Resultados

En el entorno hospitalario, la movilización de pacientes es una tarea esencial que se lleva a cabo de manera rutinaria. La mayoría de los pacientes hospitalizados necesitan asistencia para realizar movimientos esenciales, como cambiar de posición en la cama o transferirse desde la cama a una silla de ruedas o a otra superficie. Esta asistencia es fundamental para el bienestar de los pacientes y para su participación activa en su proceso de recuperación. La responsabilidad principal de realizar estas acciones recae en los celadores, quienes desempeñan un papel crucial en el cuidado y el confort de los pacientes.

Existen varias técnicas comunes utilizadas para la movilización de pacientes en el entorno hospitalario. Una de las técnicas más comunes es el "movimiento hacia la cabecera de la cama con la ayuda del paciente". En esta técnica, el paciente colabora doblando las rodillas y sujetándose a la cabecera con los brazos, mientras que un celador coloca estratégicamente sus brazos para facilitar el cambio de posición hacia la cabecera de la cama. Esta colaboración paciente-celador es esencial para una movilización segura y efectiva.

Sin embargo, existen situaciones en las que el paciente no puede colaborar debido a su estado de salud o a limitaciones físicas. En estos casos, se recurre al "movimiento hacia la cabecera sin la ayuda del paciente", que implica la participación de al menos dos celadores que trabajan en conjunto para elevar al paciente hacia la cabecera. Esta técnica requiere una sincronización cuidadosa para garantizar la seguridad del paciente durante el proceso.

Otra técnica es el "movimiento con el uso de una sábana de arrastre (entremetida)". En esta modalidad, los celadores se ubican a los lados de la cama y utilizan una sábana entremetida enrollada para reducir la fricción al mover al paciente hacia la cabecera. Esta técnica minimiza el esfuerzo físico requerido y mejora la comodidad del paciente durante la movilización.

Además de estas técnicas de cambio de posición, es esencial considerar otras maniobras, como sentar al paciente en el borde de la cama o cambiar al paciente de decúbito supino a decúbito lateral. En todas estas acciones, la seguridad del paciente es la máxima prioridad, y se debe evitar cualquier riesgo de lesiones.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de pacientes en el entorno hospitalario es una tarea fundamental que impacta directamente en el bienestar y la recuperación de los pacientes. Los celadores desempeñan un papel esencial en la ejecución de técnicas de movilización, que van desde simples cambios de posición en la cama hasta transferencias más complejas. La cooperación activa entre el paciente y el celador, junto con la utilización de herramientas apropiadas, se erige como un pilar fundamental para asegurar la seguridad en la ejecución de estos procedimientos. Además, la formación y el cumplimiento riguroso de protocolos de movilización son cruciales para prevenir lesiones tanto para los pacientes como para el personal de atención sanitaria.

6 Bibliografía

1. Movilización y traslado de pacientes en el ámbito sanitario. Saceco.es., de <https://saceco.es/wp-content/uploads/2020/05/Temario-MOVILIZACION-Y-TRASLADO-DE-PACIENTES-EN-EL-AMBITO-SANITARIO.pdf>
2. Técnicas de movilización e inmovilización de pacientes en urgencias. Técnicas de movilización e inmovilización de pacientes en urgencias. (s/f). Navarra.es., de <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B727B2FE-E3C1-4E82-8932-CD28B610E8E4/454539/tecnicasdemovilizacion.pdf>

Capítulo 496

EL CELADOR Y LA ERGONOMÍA: CUIDANDO LA SALUD Y EL BIENESTAR EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

1 Introducción

La ergonomía, según la definición de la Asociación Española de Ergonomía, se refiere al conjunto de conocimientos multidisciplinarios utilizados para ajustar sistemas, productos, y entornos artificiales a las limitaciones, necesidades, y características de sus usuarios, con el objetivo de optimizar la eficacia, seguridad y bienestar.

En el caso de los celadores, su trabajo conlleva esfuerzos físicos que a menudo tienen un impacto negativo en su salud a medio y largo plazo, afectando tanto a sus huesos como a sus músculos. Para preservar una óptima salud, es fundamental adaptar las tareas laborales a las capacidades individuales, lo que se conoce como el principio de la ergonomía.

Es esencial que los celadores adquieran conocimientos sobre los principios ergonómicos básicos aplicables a su profesión y mantengan una adecuada postura durante su trabajo. Por lo tanto, es responsabilidad tanto de los servicios de salud laboral como de los propios profesionales sanitarios, quienes tienen un interés primordial en evitar las patologías derivadas de su ejercicio profesional, proporcionar formación y concienciación sobre este tema.

Algunas de las patologías más comunes que afectan a los celadores suelen incluir el síndrome del túnel carpiano, que se caracteriza por la compresión del nervio mediano en el canal del carpo; la tendinitis, que implica la inflamación de los tendones; y las lumbalgias, que se manifiestan como dolor en la zona baja de la espalda. Estas afecciones pueden prevenirse y gestionarse mejor mediante la aplicación adecuada de principios ergonómicos en el entorno laboral de los celadores.

2 Objetivos

Analizar la ergonomía y la higiene postural aplicadas en el desempeño de las labores por parte de los celadores en el entorno hospitalario.

3 Metodología

Para realizar la exploración de la literatura existente, se hicieron uso de varias herramientas de investigación, incluyendo MEDLINE, PUBMED, además de otras fuentes. Se llevó a cabo una búsqueda utilizando términos MESH como "watchman"; "function" "ergonomics" y "postural hygiene". Además, se incluyeron en el análisis investigaciones y estudios recientes.

4 Resultados

Los celadores desempeñan un papel fundamental en el entorno hospitalario, ya que se encargan de realizar una diversidad de tareas, como movilizar a pacientes en posturas complicadas, trasladar camillas, camas, y sillas de ruedas, colaborar en los aseos, gestionar traslados de expedientes y muestras, entre otras responsabilidades. Dada la naturaleza física de su trabajo, es esencial que se promueva y practique una buena ergonomía y una adecuada higiene postural de manera preventiva. Esto no solo contribuye a mejorar la calidad de vida de los trabajadores, sino que también aumenta la eficacia en su desempeño laboral.

Los principios de la ergonomía que deben guiar las prácticas de los celadores incluyen la identificación y reducción de riesgos laborales, la evolución de las situaciones de trabajo para garantizar la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, así como el máximo confort y eficacia. También implica, adaptar el puesto de trabajo a las características individuales de los trabajadores, integrar nuevas tecnologías de forma adecuada y, en última instancia, aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo.

La aplicación de estos principios ergonómicos por parte de los celadores conlleva una serie de ventajas significativas. Estos beneficios engloban la promoción de un mejor funcionamiento del sistema musculoesquelético del cuerpo, la disminución de la energía requerida para realizar las labores laborales y la preservación del equilibrio. Además, contribuyen a la reducción significativa de la fatiga y del riesgo de sufrir lesiones relacionadas con posturas inadecuadas y movimientos forzados.

Un aspecto particularmente importante en el rol del celador es la movilización de los pacientes en el hospital. Esto implica movilizar a los usuarios en posiciones adecuadas, ya sea para procedimientos médicos como intervenciones quirúrgicas o pruebas, exploraciones, traslados o simplemente para realizar cambios posturales que sean beneficiosos para la salud del paciente. En este contexto, es crucial que los celadores apliquen una mecánica corporal adecuada que proteja su propio cuerpo y el de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La labor de los celadores en el entorno hospitalario es de vital importancia para el funcionamiento eficiente de cualquier institución de salud. Su trabajo incansable involucra una variedad de actividades físicas que, si no se gestionan adecuadamente en términos de ergonomía y higiene postural, pueden dar lugar a problemas de salud a medio - largo plazo. La ergonomía se revela como una herramienta esencial para mitigar riesgos laborales y mejorar la calidad de vida de estos profesionales. Al aplicar principios ergonómicos, como la adaptación de las tareas a las capacidades individuales y la promoción de una mecánica corporal adecuada, se reduce la fatiga y el riesgo de lesiones.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Ergonomía. (2008). Ergonomía: criterios ergonómicos generales para la elaboración de documentos de compra. de <http://www.>

ergonomia.org/contenido.htm

2. García, J., Gutiérrez, J., & Pérez, F. (2008). Ergonomía hospitalaria: análisis y propuestas de mejora para la prevención de riesgos laborales. Universidad de Cantabria.

Capítulo 497

EL CELADOR ANTE EL SECRETO PROFESIONAL Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE Y FAMILIARES

JUAN CARLOS GARCIA SANCHEZ

RAUL MARTINEZ MOROTE

CAROLINA MORENO FELIPE

RAÚL GÓMEZ MOLINA

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

En el ámbito sanitario, la relación que tiene el paciente con el médico se basa en la premisa del secreto profesional, el cual garantiza que se va a respetar la intimidad y privacidad del paciente, en cuanto a la información que se ofrece en la consulta y se encuentra en el historial médico, así como también otros datos que se puedan saber de índole social, económico, laboral, de religión, etc. Es en definitiva un derecho y un deber fundamental, los datos de los pacientes son de carácter personal, de especial protección y amparados por la Ley Orgánica de Protección de Datos, la cual permite que sean recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente.

El personal sanitario y no sanitario, deberán de guardar confidencialidad, es una manera de mantener el secreto profesional, ya que en el ejercicio de sus funciones laborales, se tiene acceso a muchos datos personales de los pacientes, lo cual a veces suele entrar en conflicto por las situaciones que acontecen, así como conversaciones que se mantienen entre compañeros, situaciones que se comentan y que pueden oír las terceras personas, etc.

El celador será muy cuidadoso en ese sentido, no aportando opiniones sobre tratamientos aplicados a pacientes, ni ideas sobre la evolución de enfermedades, ni diagnósticos, ni pronósticos, ya que esa no es su función. El celador deberá ser una persona amable y cordial con su trato a pacientes y familiares, sabiéndose expresar adecuadamente, con un tono de voz que sea audible, siempre respetando y ayudando tanto a personal trabajador como a los propios pacientes.

2 Objetivos

- Exponer las actitudes que debe de tener el celador ante la comunicación con los pacientes y familiares y el respeto ante la confidencialidad y el secreto profesional.

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 con respecto a la relación con pacientes y familiares, el respeto ante el secreto profesional. 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

Podemos decir que hay dos tipos de comunicación y que se diferencian claramente en el ámbito sanitario: la comunicación asertiva, cuando el paciente se abre al personal trabajador y expone lo que le duele, molesta, enfada... Y la comunicación no asertiva: cuando el paciente se cierra en sí mismo, no se encuentra con ánimo de expresarse, o está preocupado por su estado de salud, tiene miedo, siente culpabilidad, etc.

El celador tiene mucho trato con el paciente y también sus familiares, los cuales también sufren todo el proceso y están confusos y también llevan su dolor interior por la situación. Por eso el celador, siempre se dirigirá hacia ellos en tono respetuoso, intentando disminuir en lo posible el grado de ansiedad que puedan presentar, preocupándose por el bienestar de pacientes y familiares, cuando hablen lo harán con un tono amable, personal, claro y conciso. Ayudarán a familiares y visitas a encontrar la habitación o sala de espera, los tiempos de espera, los baños o ascensores, localizarán a los pacientes por megafonía para traslados o llamadas del exterior, etc. Además, ayudarán a canalizar las quejas, ya que por su cercanía se las comunicarán, por lo que tendrá que orientarles de dónde presentarlas.

El Celador debe saber que está sujeto al secreto profesional, por lo que debe de ser consciente de no difundir información personal del paciente que sepa debido a su desarrollo profesional, a conversaciones que escuche entre personal médico o de enfermería, a datos que escuche de los técnicos a la hora de realización de pruebas de radiodiagnóstico, o confesiones que el mismo paciente le haya confiado. Son datos personales de carácter social, familiar, sanitario, espiritual, etc., y si los desvelara, el paciente podría sentirse vulnerable y atentado en su intimidad, lo cual podría ponerlo por derecho en manos judiciales. Pero, por el contrario, la obligación de mantener el secreto, se anula con la obligación de revelarlo si se pusiera en peligro a la sociedad, a los trabajadores del centro hospitalario o al propio paciente.

El Celador tendrá siempre empatía por el sufrimiento y dolor que hay a su alrededor, por lo que escuchará a pacientes y familiares demostrando interés, nunca atenderlos con desgana o con prisas que puedan incrementar su confusión o enfado por el servicio de los trabajadores y del funcionamiento de la institución sanitaria. Facilitar que el paciente se exprese, diga como se encuentra, creando un entorno tranquilo y sin ruidos, siempre evitando juicios y opiniones personales sobre enfermedades o tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es muy importante en el entorno sanitario, es el mecanismo existente para que se establezca la relación médico-paciente y que ambos lleguen a entenderse, teniendo en cuenta las características que el enfermo suele presentar de preocupación, miedo, dolor, culpabilidad, etc, el personal que lo atienda tanto sanitario como no sanitario deberá de mostrar empatía, respeto, y guardando en todo momento el secreto profesional, el cual se refiere a la obligación de no desvelar datos personales del paciente que se conocen con motivo del ejercicio de la

carrera profesional.

El Celador lo tendrá muy en cuenta, ya que se encuentra en un contacto directo con familiares y pacientes, así como también pueden conocer información que escuchen a otros profesionales. De manera que siempre respetará ese derecho, al igual que intentará que se exprese, hable de donde le duele, que necesita, si quiere que le cambien de postura, etc., atendiéndolo con interés, sin prisas, escuchando activamente intentando dar solución a las peticiones y canalizando a su lugar exacto las quejas que puedan plantear.

6 Bibliografía

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

Capítulo 498

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

AROA PÉREZ BUENACHE

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

1 Introducción

Antes de proceder a enumerar y desarrollar las funciones propias de la categoría de auxiliar administrativo, se deben conocer las grandes diferencias existentes entre el auxiliar administrativo con el administrativo.

Se entiende al administrativo como la persona encargada de la administración directa en el servicio sanitario.

Mientras que al auxiliar administrativo se entiende como a la persona encargada de ser el enlace entre la administración, servicio o institución sanitaria con la ciudadanía, pues que son los profesionales de administración que se encuentran en contacto directo con los usuarios y pacientes al prestar su atención al público en las diferentes secretarías o unidades administrativas.

Diferencias entre administrativo y auxiliar administrativo.

- Pertenencia a categorías profesionales diferentes. El administrativo pertenece al grupo C1, necesitando un título de bachillerato o titulación superior, mientras que el auxiliar administrativo pertenece al C2, necesitando la titulación, educación secundaria obligatoria o equivalentes.
- El tipo de funciones de cada uno de ellos, teniendo el administrativo mayor poder y responsabilidades. o Funciones del Administrativo: ordenación, tramitación y envío de documentos, expedientes, así como el registro de documentos oficiales, realización de partidas presupuestarias y actuaciones de recursos humanos. o Funciones del auxiliar administrativo: gestión de archivos en la base de datos, registros, redacción o tramitación de documentos y la recepción de documentos burocráticos.

2 Objetivos

- Conocer la definición de personal administrativo y de personal auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias.
- Conocer las principales diferencias entre las categorías de administración pertenecientes al sistema sanitario.
- Enumerar las funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos en 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

Como se ha mencionado anteriormente, los auxiliares administrativos tendrán las funciones administrativas de menor peso dentro del servicio sanitario, recae las de mayor importancia en la categoría administrativa superior. Sin embargo, ello no conlleva a que el trabajo realizado por los auxiliares administrativos sea fácil o de menor relevancia, puesto que deberán realizar una gran

cantidad de gestiones, las cuales permitirán un gran funcionamiento de la unidad o servicio en el que desarrollen sus funciones.

Las funciones realizadas por los auxiliares administrativos a priori podrán parecer sencillas, al no necesitar un alto nivel académico para desarrollarlas, sin embargo, la gran carga de trabajo y la correcta gestión en el desarrollo de sus funciones convierten al auxiliar administrativo en un profesional imprescindible para el correcto funcionamiento de la unidad en la que se encuentre.

Las funciones de los auxiliares administrativos dependerán especialmente del servicio en el cual desarrollen su actividad profesional, aunque muchas de estas funciones serán generalistas para todos los servicios, con la única diferencia de encontrarse con documentos específicos en cada servicio.

A rasgos generales, los auxiliares administrativos se encargarán de:

- La atención al público dentro del horario establecido para ello.
- La recepción de llamadas, tanto de las personas de la calle como de las personas pertenecientes a la propia institución sanitaria.
- Preparación y elaboración de documentos informáticos (documentos Word, pdf, hojas de cálculo de Excel, presentaciones en diapositivas...)
- Organización, clasificación y gestión de expedientes médicos o de las historias clínicas de los pacientes.
- Gestionar citas para la atención de los médicos de atención primaria y atención especializada, así como para la atención del equipo de enfermería de atención primaria.
- Redacción de documentación oficial del servicio.
- Conocimiento de los programas informáticos utilizados en cada servicio de salud.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado anteriormente, el auxiliar administrativo no requiere de una titulación académica para poder desarrollar la funciones de auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias, lo que supone un gran hándicap para estos profesionales, puesto que al no recibir una formación académica y un periodo de prácticas posterior a la formación, parten totalmente de cero a la hora de incorporarse a una institución sanitaria para desarrollar su actividad profesional.

6 Bibliografía

1. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
2. VAZQUEZ, J., ISLA, J.L. Auxiliares administrativos. SAS. Temario específico. España. ERadios ediciones. 2023
3. Grupo auxiliar de la función administrativa. SESCOAM. Temario y tes. Volumen 2. España. ERadio ediciones. 2017

Capítulo 499

EL CELADOR COMO FIGURA PROFESIONAL

JOSE BIEDMA PEREZ

PATRICIA ARÉVALO MONTES

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

1 Introducción

Dentro del personal que trabaja en centros sanitarios no solo están los médicos, enfermeros y auxiliares, hay muchas otras personas cuya labor, aunque más desconocida para el público, resulta fundamental.

También referido a veces como Personal No Sanitario, el celador forma parte de un equipo humano, el cual se encarga de controlar que se cumpla el mantenimiento del orden en el centro sanitario, además de realizar diversas labores de apoyo, y tendrán a su cargo el traslado de enfermos, entre otras labores más.

Durante toda la pandemia del COVID-19 se ha podido comprobar la gran importancia que tiene la figura del celador en todo el sistema nacional de salud, tanto en centros de atención primaria, como en hospitales o incluso en residencias geriátricas, y asistencia domiciliaria, ya que estos son el primer contacto entre el paciente y el personal sanitario, incluyendo también el asesoramiento a los familiares, aportando información y acompañamiento, siendo esto una de las cosas más importante en esos momentos, por el desconcierto que se tiene por lo que está sucediendo en cuanto a nuestra salud se refiere.

En esos momentos son esa palabra amable y de apoyo que necesitamos cuando acudimos al centro que nos hacen que sea un poco más llevadero de entender lo que sea que nos esté ocurriendo o a nuestros familiares.

2 Objetivos

- Analizar las funciones del trabajo del celador 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Dentro de las funciones del celador una de las labores más importantes es apoyar y ayudar al personal sanitario con el trabajo que estos requieren, normalmente relacionadas con el cuidado del paciente, pero también con los familiares.

Respecto a lo que al paciente se refiere, ayudarán al personal sanitario en acomodarlo, trasladarlo, y movilizarlo, para facilitar el trabajo de estos. Su intervención va desde transportar a los pacientes, enseñarles el uso que deben hacer de su habitación y ayudarles con lo que necesiten dentro de su estancia en el centro, como ocuparse de cuidar el ambiente de orden y silencio que debe haber en el hospital o centro sanitario.

También deben ocuparse de trasladar documentos, medicación, material y enseres requeridos por el personal sanitario, como del traslado al mortuario, quirófano (para donación de órganos), o a la sala de autopsias, en el caso de éxitus del paciente e incluso llevar los órganos o amputaciones que hayan sido realizadas al paciente en quirófano.

Realizarán servicios de guardia.

Vigilarán las entradas para recibir al paciente y en ocasiones acompañarán a estos a la salida del centro en el caso de que sea necesario, llevando un registro de las mismas y controlando que no haya personal no autorizado en zonas restringidas.

Para dejar más claro que es un celador, es importante saber que existen varios tipos, dependiendo de la actuación del celador en los diferentes servicios. Su figura dentro de las instituciones varía según la unidad de atención a la que se dediquen. A continuación, detallaremos los más destacados:

Celador de planta, de ambulancia, en quirófano, en urgencias y/o de vigilancia.
[2]

Celador de planta

Estos se ocupan de acomodar a los pacientes en las habitaciones, trabajar en equipo con médicos y enfermeras bajo sus órdenes, realizar traslados en silla, cama o camilla, entre otros. Algunas otras funciones del celador de planta es encargarse de controlar el comportamiento del paciente, el tránsito de visitas dentro y fuera de las habitaciones, el cumplimiento de aforo en ellas y de que se cumpla el horario de visitas, etc.

Celador de ambulancia

El celador debe encargarse tanto de la desinfección y el orden de la ambulancia, como del material que se utiliza en ésta, para ello debe conocer el funcionamiento de toda la aparatología que se lleva en la ambulancia. También debe prestar apoyo a los profesionales sanitarios para la atención, movilización y traslado del paciente al centro hospitalario o sanitario.

Celador en el quirófano

Las funciones del celador en esta unidad, son el traslado y ubicación del paciente. Debe trasladar al paciente en caso de que sea objeto de intervención o asistencia a quirófano para algún procedimiento. De igual forma, deberá dirigir al mismo, al lugar indicado si el paciente sale de quirófano por su propio pie, esto suele ocurrir cuando son intervenciones pequeñas. Tiene que asegurar y revisar el espacio quirúrgico y deberá permanecer atento si el personal sanitario lo solicita, para el acomodamiento o movilización del paciente en caso de necesitar ayuda.

Celador de urgencias

El celador de urgencias es el encargado de recibir a los pacientes que llegan a esta unidad, ayudar al personal sanitario que está dentro del área restringida, o fuera de ésta y llega con la ambulancia con pacientes al servicio de urgencias, e incluso asesorar u orientar al interesado en el servicio de admisión y documentación, de forma general, nunca de manera clínica.

5 Discusión-Conclusión

A través de los puntos anteriores queda reflejada la importancia que tiene conocer los distintos tipos de funciones del celador. Estos desempeñan un papel importante garantizando el bienestar de los pacientes y sus familiares.

Ayudan a proporcionar un mejor nivel de atención y contribuyen al éxito del personal que constituye el equipo de profesionales sanitarios, propiciando así un servicio a los pacientes en un entorno seguro y relajado que ayudará a que los profesionales puedan trabajar de manera más calmada con el paciente.

No obstante, los celadores como cualquier otro profesional tienen limitaciones en el desempeño de su labor como por ejemplo abstenerse de emitir diagnósticos, o informar de los tratamientos a realizar o que se están realizando a los pacientes, y por supuesto no informar a las familias de todo ello, deben siempre explicarles que deben consultar con el personal sanitario que se esté ocupando de ello. Por lo que como se puede comprobar dentro de una de sus funciones como celador, la discreción es sumamente imprescindible.

6 Bibliografía

1. <https://www.gokoan.com/blog/que-es-un-celador/>.
2. <https://revistamedica.com/celador-siempre-primera-linea/>.
3. <https://www.institutohes.com/que-es-un-celador-funciones-y-tipos/>.
4. <https://www.campustraining.es/noticias/funciones-celador/>.

Capítulo 500

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

JOSE BIEDMA PEREZ

PATRICIA ARÉVALO MONTES

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos es un lugar donde se atienden a pacientes con alteraciones fisiopatológicas, las cuales han alcanzado tal nivel de severidad que pueden provocar una potencial amenaza para su vida. La práctica de la medicina intensiva requiere poseer un determinado número de conocimientos y habilidades psíquicas y humanas.

Dada la alta complejidad de esta unidad debido a las condiciones de los pacientes, el celador en esta área ejercerá un refuerzo al personal sanitario, por lo que el celador debe estar muy bien preparado y formado para tratar con este tipo de pacientes, ya que estos tienen que ser movilizados con alta meticulosidad para que el estado del enfermo no empeore. El objetivo de esta unidad es prestar un servicio que incluye el cuidado y bienestar integral del paciente.

Los celadores dentro de la unidad de cuidados críticos acondicionarán a los pacientes para trasladarlos o moverlos siempre en función de las características y el estado del paciente.

La susceptibilidad de estos pacientes ingresados en la unidad a las infecciones, requiere extremar las precauciones por parte de los celadores que trabajan en este servicio.

Deben usar batas estériles, que se cambiarán cada vez que salgan de estas salas, debido a la sensibilidad de los pacientes por sus condiciones médicas graves o críticas, ya que estos pueden necesitar atención sanitaria continuada.

2 Objetivos

- Conocer los objetivos de la movilización e inmovilización del paciente y cambios posturales

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una exhaustiva búsqueda sistemática de libros sanitarios sobre unidades de cuidados intensivos y también se han consultado artículos destacados de las principales bases de datos de Internet, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todo el personal en esta unidad, incluido los celadores, deben conocer los códigos de higiene personal y vestimenta, dada la alta importancia que tiene esta área en los centros hospitalarios.

Los equipos de protección individual y la vestimenta del personal deben retirarse y desecharse cada vez que salga de la estancia o se ensucien por cualquier motivo. Se debe usar ropa adecuada como batas, mallas, máscaras, guantes, gorros y patucos sobre el uniforme para proteger tanto al personal sanitario como al paciente, de posibles infecciones o transmisión de enfermedades entre ambos.

Cuando el riesgo de exposición es elevado, el celador debe ir siempre con equipos de protección especial, teniendo un exhaustivo cuidado en la higiene de manos, y más aún en los momentos de pandemia como los provocados por ejemplo con el COVID-19.

El celador será el encargado de ayudar a los pacientes que tienen movilidad limitada o que no pueden moverse debido a condiciones médicas, y ayudar al médico

o al auxiliar de enfermería a realizar cambios posturales para prevenir afecciones de la piel como úlceras o escaras por presión del paciente, este hecho, entre otros, hace necesaria la movilización, al menos cada dos horas.

Otra de sus funciones dentro de esta unidad es ayudar con la higiene personal del paciente.

La comunicación y la relación de ayuda es fundamental para el cuidado emocional del paciente y las personas cercanas a él, aunque este proceso sea limitado dentro del papel del celador por las duras circunstancias en las que se encuentran los pacientes en esta unidad.

Si el paciente necesita ser trasladado de la unidad de cuidados intensivos para realizarle cualquier intervención, revisión o estudio, el celador será el responsable de realizar este procedimiento, siempre bajo supervisión debido a la gravedad de los pacientes.

Si un paciente fallece, el celador debe ayudar a embalsamar el cuerpo y luego transportarlo a la morgue. Asimismo, el celador se encargará de retirar los equipos y mobiliario que estaba usando el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones más importantes del celador es colocar al paciente en una postura adecuada que asegure una correcta alineación corporal para prevenir la aparición de úlceras, contracturas musculares, favoreciendo a conservar el tono muscular y evitar así, deformidades y pérdidas de fuerza. Ayudar y estimular al paciente dentro de sus posibilidades, animándolos a participar. También deben brindarles ayuda a realizar actividades que no pueden realizar solos

Siempre que se le brinde una adecuada relación de ayuda al paciente podría mejorar su situación de salud, este mostrará una mejora de autoestima que le ayudará a conocerse mejor, mostrar sus sentimientos e identificar su necesidad, incluso siendo un paciente en situación terminal.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-sus-funciones-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>.
2. <https://revistamedica.com/celador-uci/>.
3. Formación Continuada Logoss SL, El celador en la unidad de cuidados críticos. 1ª edición. España: Mas que Libros SL; 2013.

Capítulo 501

EL CELADOR GERIÁTRICO

JOSE BIEDMA PEREZ

PATRICIA ARÉVALO MONTES

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

1 Introducción

Los celadores geriátricos deben ser personas capacitadas, guiadas por equipos multidisciplinares del área de la salud, para prestar al usuario una adecuada atención preventiva, asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar.

A decir verdad, el hacerse mayor conlleva comportamientos difíciles de entender debido a la visión de ancianidad que nos aporta la sociedad. Esto queda reflejado en el trato que se les da y las relaciones que se tienen con ellos, ya que por desgracia los mayores se ven como una carga, un estorbo o un lastre.

Este proceso biológico es algo natural e irreversible condicionado por las circunstancias de la vida en las etapas anteriores, por eso cada anciano envejece de distinta manera y a distinto ritmo.

La geriatría es una especialidad que tiene un amplio campo de profesionales que se dedican al tratamiento y cuidado de los ancianos, ya que se dedica al estudio, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en los mayores que van desde de los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos hasta los demográficos de la tercera edad

Por este motivo, el trato con los ancianos debe ser de tal manera que debemos preservar su dignidad y tratarlo con naturalidad, dándole sentido a este último

periodo de la vida, aplicando técnicas para evitar la dependencia, previniendo accidentes, ayudando a los discapacitados y observar indicios de alteraciones físicas o mentales en los ancianos bajo su cuidado.

Un buen trabajo del celador, puede influir de manera positiva en la vida del anciano debido a los cambios tanto físicos como psíquicos que estos sufren.

2 Objetivos

- Conocer el papel del celador como apoyo al equipo geriátrico.

3 Metodología

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

4 Resultados

La función del celador no es diagnosticar ni tratar enfermedades, pero sí es un apoyo fundamental para ayudar al personal sanitario con las actividades diarias que tienen que practicarse con los ancianos, como pueden ser los aseos, alimentación, los cambios posturales, ejercicios de movilización, traslados los cuales se pueden hacer en silla de ruedas, camilla e incluso en la propia cama del paciente. La utilización de un medio de traslado u otro dependerá en función del estado físico del paciente.

Las técnicas más usadas por el celador son la movilización y traslado del anciano, y los cambios posturales, sin embargo, hay que tener en cuenta si este colabora o no, en función de su estado de salud.

Si colabora, el trabajo será más fácil y no será necesaria la ayuda de otro celador, pero si no lo hace, si será necesario, en ocasiones, dos personas para moverlo sin lastimarlo o empeorar su estado de salud.

Si el paciente geriátrico colabora, siempre anteriormente lo tenemos que tener todo planificado, tener al alcance el equipo necesario para el traslado o movilización, informar al paciente acerca de lo que vamos a hacer y pedirle que colabore con nosotros y de qué manera puede hacerlo.

Traslado de la cama a la silla de ruedas con paciente que colabora:

Bajar la cama hasta que pueda apoyar los pies en el suelo, pedirle que se acerque lo máximo posible al borde de la cama, le indicaremos que apoye sus brazos en nuestros hombros y nosotros lo agarraremos por las axilas hasta ponerlo de pie, el paciente debe girar hasta dejarlo de espaldas a la silla y lo ayudaremos a sentarse en esta.

Traslado de la cama a la silla de ruedas cuando el paciente no colabora:

Como hemos indicado anteriormente, este trabajo debe realizarse entre dos personas, se moverá al anciano hasta el borde de la cama, al igual que se hace cuando el paciente colabora, y una vez ahí colocado, los dos celadores en el mismo lado de la cama, uno en cada lado del paciente, pasarán el brazo más próximo al paciente por debajo de la axila y con el otro brazo por debajo de los muslos, entrelazando las manos de estos dos levantarán al paciente hasta colocarlo en la silla.

Los cambios posturales consisten en colocar al paciente de una posición determinada durante un periodo de tiempo e ir rotando el tipo de posición, para así evitar una presión muy prolongada en distintas zonas del cuerpo.

Cuando el paciente está sentado, lo más conveniente es colocar almohadas debajo de la cabeza, los brazos y los pies.

En la posición de decúbito supino debe colocarse la almohada debajo de la cabeza y otra debajo de los gemelos, e incluso de manera opcional otra debajo de cada axila.

Decúbito lateral (izquierdo o derecho) se colocará almohada debajo de la cabeza, otra entre las rodillas, otra entre los pies y una debajo del brazo superior.

Decúbito prono, en esta posición se colocará la almohada bajo el abdomen, girando la cara hacia un lado en el que apoyaremos, está en otra almohada, con los pies extendidos colocaremos otra almohada entre el tobillo y la espinilla para así evitar el roce de los dedos de los pies con la cama.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador es un pilar básico dentro de un equipo multidisciplinar que trabaja en el centro geriátrico, en el que recaen muchas funciones, las cuales ayudaran a que el paciente mejore en su salud y en el progreso de su enfermedad. La herramienta fundamental a utilizar es la comunicación, intercambiando todo tipo de cuestiones, transmisión de emociones, resolución de dudas y conflictos, quejas sobre su estado de salud o incluso cuidadores y familiares.

El celador es quien recibe al paciente o residente del centro por primera vez y debe hacer que este proceso sea lo más favorable posible, ya que este está pasando

por un momento difícil en su salud y repercute en su estado de ánimo. Este estado de ánimo, como ya mencionamos anteriormente en la introducción, se debe a la visión de la sociedad del concepto de anciano, y debido a que algunas personas no aceptan aún su edad y que necesitan ayuda por su poca autonomía y por su dependencia del personal sanitario de esta área.

6 Bibliografía

1. <https://www.gerontologica.com/articulo-interes/celador-personas-mayores>.
2. Formación Continuada Logoss SL, El celador ante el paciente geriátrico. 1ª edición. España: Mas que Libros SL; 2013.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-ante-el-paciente-geriatrico/>.

Capítulo 502

¿QUÉ FUNCIONES REALIZA EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ICTUS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES?

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

1 Introducción

En la unidad de ictus y accidentes cerebrovasculares se atiende a pacientes que han sufrido un ictus o un accidente cerebrovascular con un protocolo de atención y cuidados adaptados a cada patología específica del paciente, no es lo mismo un ictus isquémico que un ictus hemorrágico. El objetivo principal de la unidad de ictus y accidentes cerebrovasculares es la recuperación del paciente ingresado, desde la perspectiva de sus funciones motoras y neurológicas, para la vuelta a la mayor normalidad de sus hábitos de vida.

La unidad de ictus y enfermedades cerebrovasculares está conformada por habitaciones dotadas de monitores para el mejor control y observación de los pacientes ingresados, así como, de un sistema de videovigilancia, con pantallas en el control de enfermería, donde, los pacientes son continuamente controlados, tanto, de sus constantes vitales, como de las funciones cerebrales ocasionadas.

En la unidad de ictus y accidentes cerebrovasculares se encuentra un equipo de profesionales altamente cualificados en la atención a este tipo de pacientes, visitando la unidad diariamente para el tratamiento y rehabilitación física de los mismos, otros, como fisioterapeutas o especialistas como el rehabilitador. El personal fijo de la unidad está compuesto por los neurólogos, y el personal de enfermería, Tcae y enfermeras, y los celadores.

2 Objetivos

-Exponer el trabajo diario que el celador realiza en la unidad de ictus y accidentes cerebrovasculares.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión 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

El celador destinado en la unidad no está exento de una gran cantidad de trabajo, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes ingresados en misma prestan muy poca colaboración, o ninguna, en cualquier acción que se realice sobre ellos. Los aseos matutinos, donde se realiza, también, el cambio de la ropa de la cama, el celador y el auxiliar de enfermería, encargado de esta labor, tienen que movilizar a todos los pacientes. El celador en estos aseos, cambia y moviliza al paciente, que se encuentra en decúbito supino, hacia los laterales de la cama para hacer posible el cambio de sábanas bajas, movimiento que le permite al celador, colocar, al paciente, en los dos decúbitos laterales, primero el izquierdo y luego, el derecho. Casi todos los pacientes que han sufrido un ictus y se encuentran ingresados, necesitan el diagnóstico de algunas pruebas complementarias, en especial, del tac o el ecodoppler, siendo la labor del celador, el traslado del paciente hasta las referidas salas de pruebas. Este traslado, salvo, casos excepcionales, se realizan siempre en la cama del paciente, para evitar caídas o el empeoramiento del mismo.

El celador, una vez terminadas los traslados de las pruebas complementarias de los pacientes ingresados, se queda en la unidad, donde se inicia los cambios posturales de los pacientes, para prevenir la aparición de las úlceras por presión, ya que estos pacientes son catalogados como pacientes de larga estancia en la unidad, y los cambios posturales son parte del protocolo de actuación con el paciente de ictus.

A estos pacientes, en relación con los cambios posturales, el celador, colaborará con el auxiliar de enfermería y se realizarán en la misma cama del paciente, acomodando al mismo y cambiando la posición del cuerpo, según, convenga, a decúbito lateral izquierdo o derecho. Pero hay pacientes que se les levanta de la cama para sentarlos en el sillón, y entonces se hace necesario el uso de la grúa mecánica, que el celador, maneja, para la transferencia desde la cama.

El celador finaliza su turno con el cambio y reposición del carro de la ropa, ha bajado el sucio a lencería, y subido otro vacío para el turno de la tarde.

El celador en la realización de los traslados hasta las diferentes pruebas complementarias que tengan los pacientes, debe realizarlos prestando atención a las posibles deformidades del suelo de los circuitos, rampas y entradas y salidas de los ascensores, para prevenir, en su caso, que coágulos de sangre en el cerebro del paciente puedan moverse.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el celador destinado en la unidad de ictus y accidentes cerebrovasculares no tiene realizada ninguna formación práctica en la movilización y atención al paciente con ictus, sería conveniente, que desde la unidad de formación del centro hospitalario, se organizara cursos internos para el perfeccionamiento del celador en las técnicas de estos pacientes agudos y de su conocimiento como pacientes con esta patología.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en esta unidad y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el bienestar y evolución favorable del paciente.

6 Bibliografía

1. Características de las unidades de ictus y equipos de ictus. Disponible en: <https://www.elsevier.es>

2. Funciones de un celador en la unidad de ictus de un hospital. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. El celador ante el ictus. Disponible en: <https://congresosicepa.com>

Capítulo 503

EL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: TRASLADOS DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y NO SANITARIA EN EL CENTRO DE SALUD

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

1 Introducción

En los centros sanitarios, como en cualquier otra organización, se generan documentos continuamente, documentos que pueden ser de muchos tipos, con información variada, clasificada, privada y acumulativa, sobre la organización o sus empleados, usuarios, clientes, proveedores, etc.

En atención especializada, como en atención primaria, del mismo modo, los documentos que se originan diariamente, tienen dos caracteres, unos son documentos sanitarios relativos al proceso asistencial del paciente, volantes, citas, resultados, etc., y otros documentos, son básicamente, administrativos, de información, de ubicación, nota interior, etc., pero en ambos casos, compete al celador su traslado, colocación, archivo, custodia, etc.

En los centros de salud de atención primaria estos documentos sanitarios y no sanitarios pueden ser creados desde las consultas médicas, las consultas de enfermería, de la consulta de la matrona o de otras consultas, y por lo tanto, serían documentos sanitarios; o por el contrario, pueden ser expedidos por el equipo administrativo, y serían calificados de documentos no sanitarios.

Es cierto que la cantidad de documentación de una clase o de otra, en el centro de salud es menor, pero por ello no deja de ser función del celador, quien tendrá algún tipo de relación con todos ellos, seguramente, a diario en su turno de trabajo.

2 Objetivos

- Conocer los tipos y clases de documentos generados en el centro de salud de atención primaria.
- Describir las actuaciones del celador en relación con los documentos generados en el 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

Desde el mostrador del centro de salud, donde están ubicados los auxiliares administrativos, llaman al celador, para entregarle dos notas informativas, documento de interior del centro, la consulta de la doctora García, y la consulta de su enfermera, están cerradas por hoy, no pasarán consultas, y se derivan los pacientes de la facultativa a la consulta del doctor Galván. Estas notas informativas, el celador del centro las coloca en ambas consultas para información de los usuarios, para que no esperen en las mismas, y sepan dónde dirigirse.

Estas notas informativas de carácter interno, son los primeros documentos que el celador traslada y coloca en su respectiva localización. Ha llegado, mientras tanto, el pedido mensual del material que necesita el centro, y los albaranes, entregados

al celador, por el transportista, son entregados, por el celador al coordinador del centro. Estos albaranes y facturas, son documentación muy frecuente en el centro, que siempre, pasa por las manos del celador, quien los entregará siempre al coordinador del centro o dejará en su despacho en caso de ausencia del mismo. El archivo del centro, pequeño, con las historias clínicas de los pacientes, que pertenecen al cupo del médico de cabecera asignado, está gestionado por el celador del centro, de manera, que cuando se le demanda que baje una determinada historia, el celador, obedece, y baja el archivador hasta la consulta peticionaria. Posteriormente, cuando finalizan las consultas, el celador, vuelve a colocarla en su ubicación, generalmente, esta clasificación se suele hacer por el nombre del médico, y la subclasificación por letra alfabética de los apellidos del paciente.

En estas historias clínicas, el celador, irá introduciendo toda la documentación sanitaria que el médico le ordene, resultados de pruebas complementarias realizadas en el hospital, resultados de analíticas, resultados de electrocardiogramas, etc.

Volantes, citas para especialistas e incluso, partes de confirmación de la incapacidad temporal del paciente, son dejados en el mostrador del centro de salud, donde el paciente los recoge. Estos documentos son trasladados por el celador desde las consultas hasta los casilleros de cada uno de los médicos de cabecera.

5 Discusión-Conclusión

El celador del centro de salud traslada, coloca y gestiona toda clase de documentación en el centro de salud, sanitaria y no sanitaria. En aquellos documentos que pertenecen a la historia clínica del paciente, debe guardar el correspondiente secreto profesional y privacidad de los mismos, prestando especial atención en la relación del documento con su respectiva historia.

El celador de centro de salud es el encargado de recibir toda la correspondencia que llega al centro, y realizar la consiguiente distribución según sus destinos, en esta labor, hay correspondencia oficial que pertenece a la gestión del propio centro, y debe tener celeridad y cuidado en su ubicación.

6 Bibliografía

1. Documentos en el centro de salud. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es>.

2. Traslados de documentos por el celador. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>.
3. Funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://essaeformacion.com>.

Capítulo 504

LA FUNCIÓN DE RASURADO POR EL CELADOR A LOS PACIENTES MASCULINOS EN AUSENCIA DEL PELUQUERO

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

1 Introducción

Según la Orden de 5 de Julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en su Capítulo II, clasificación del personal, artículo 13, personal de oficio, en su punto 10, aparece la figura del personal peluquero, con las funciones “propias de su oficio en relación con los enfermos ingresados en la residencia”.

El obsoleto estatuto mencionado, aunque contempla la figura del peluquero en las instituciones sanitarias, no obliga a las mismas a su existencia en la plantilla orgánica del personal, y así de este modo, el personal de peluquero, está presente en algunos centros hospitalarios, dependiendo también, de la comunidad autónoma de la que se hable.

Las funciones, rasurar zonas de intervención quirúrgica de los pacientes, demandas de arreglo y corte de pelo y todas aquellas que se puedan acoplar dentro del contexto hospitalario al mismo, actualmente, donde no existe esta figura, son asumidas por los auxiliares de enfermería y los celadores, éstos últimos, como expone el articulado del mencionado Estatuto, realizarán el rasurado de los pacientes masculinos en ausencia del peluquero.

Esta función de los celadores no está exenta de cierta polémica, sobre todo, en aquellos hospitales donde en su plantilla orgánica de personal no hay peluquero. En este capítulo se van a analizar las situaciones en las que el celador asume esas funciones y cómo las ejecuta.

2 Objetivos

- Exponer la normativa jurídica y sus funciones donde se contempla la categoría de peluquero.
- Analizar las situaciones y contexto donde el celador asume la función de rasurado de los pacientes masculinos en ausencia del peluquero.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 asumirá la función de rasurar a aquellos pacientes masculinos que lo precisen, en ausencia del peluquero. El análisis del término ausencia del peluquero, puede hacer mención, a que el peluquero no está en ese momento, en el centro hospitalario, o que, no existe la figura, como personal, en el mismo.

De todos modos, el celador, en muchos de los centros hospitalarios, rasura las zonas de la intervención quirúrgica a los pacientes masculinos, y en otros, muchos casos a los pacientes, también, femeninas, con los medios y técnicas que se describen a continuación.

En la preparación, llamada fase preoperatoria, además de los cuidados y asistencia del paciente por su enfermera que le atiende, es preciso, que la zona de la intervención, o por donde, se va a realizar la incisión, esté exenta de vello- esta zona puede ser cualquier parte del cuerpo. Esto se realiza generalmente en los pacientes masculinos porque las pacientes femeninas, en la mayoría de los casos, siempre están depiladas.

El celador en turno nocturno, sobre las siete de la mañana, destinado en cualquier servicio o unidad del hospital, recoge el listado de las operaciones programadas, y se dedica a ir a la habitación de cada uno de estos pacientes. Con la máquina de rasurar a batería, cargada por la noche, el celador, llama a la puerta y confirma el nombre del listado y la zona de la intervención, hernia discal, rodilla, fémur, colocación de catéter, hernia umbilical, etc., y rasura la zona indicada con la mencionada maquinilla, siempre ampliando en el rasurado la zona de la intervención. Esta acción la realiza en todas las habitaciones y con todos los pacientes programados para quirófano.

El método antiguo de la típica maquinilla de afeitar y el jabón ya desapareció en estas labores de rasurado, cambiándose el jabón de espuma, por polvos de talco, y cuchilla de afeitare convencional. El celador acude, también, a rasurar las partes íntimas del paciente masculino cuando éste va a ser intervenido para una intervención quirúrgica urológica, con la técnica de rasurado en seco, es decir, se rocía con polvo de talco el vello púbico y se pasa la cuchilla, recogiendo con una toallita de papel el vello extraído, con unos resultados de limpieza excelentes.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha comprobado en el trabajo el celador asume las funciones del peluquero, en su ausencia y del mismo modo, en su no ausencia, es decir, en el centro hospitalario, donde no existe tal figura, es el celador, en la gran mayoría de las ocasiones, quien rasura a todos los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Hay que señalar que la figura del peluquero está desapareciendo, de tal manera, que aquellas plazas ocupadas por el profesional, que quedan vacantes, por jubilación del mismo, no están siendo cubiertas, y por tanto, no se incluyen en la organización de los recursos humanos de los hospitales.

6 Bibliografía

1. Orden de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
2. ¿Cómo han cambiado las funciones de un celador? Disponible en: <https://www.opositer.edu.es>.
3. Funciones y tipos de celadores. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

Capítulo 505

EL CELADOR Y LAS DISTINTAS CAMAS HOSPITALARIAS

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario nos encontramos con una gran variedad de camas que cumplen la misión de adaptarse a las necesidades del paciente, así como al tipo de dolencia que tenga, ya que en el hospital pasará un tiempo determinado en alguna de ellas.

La cama hospitalaria más utilizada es la mecánica articulada, que es donde habitualmente descansa el enfermo; pero existen a su vez otro tipo de camas que se emplean para situaciones especiales de enfermedad o dolencia del paciente.

La cama hospitalaria cuenta con diversos accesorios que van acoplados a la misma y sirven para cubrir las necesidades de cada paciente en particular. Entre estos accesorios están: soporte de suero (para perfusión), barandillas de seguridad (para evitar las caídas), triángulo de Balkan (para pacientes de movilidad reducida en parte inferior y pacientes parapléjicos), arco metálico (para evitar el peso de la ropa en determinadas partes del cuerpo), soporte para pies (sirve como apoyo y a modo de tope de la cama), soportes para la orina, etc.

El Celador y resto del personal sanitario deben estar perfectamente formados en el manejo y uso de las distintas camas que se pueden encontrar en su puesto de trabajo dentro del ámbito hospitalario.

2 Objetivos

-Explicar los distintos tipos de camas hospitalarias que se pueden encontrar en el hospital, así como sus características y el uso para cada situación en la que se encuentre el paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en artículos sobre los distintos tipos de camas hospitalarias, así como una búsqueda en libros como El Celador de Editorial MAD y se han consultado las distintas bases de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando el contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

Una vez que el paciente queda ingresado en el hospital se le asigna una habitación, el espacio que la compone, junto con el mobiliario del que hará uso el paciente, es conocido como la Unidad del paciente.

Entre los componentes de esa Unidad del paciente, se encuentra un mobiliario fundamental para su descanso y recuperación, que es la cama hospitalaria.

Esta cama hospitalaria tiene que cumplir una serie de características: será de fácil acceso para el personal hospitalario, estarán equipadas y mecanizadas para facilitar al enfermo el movimiento y evitar el desgaste de energía, los colchones serán duros para soportar bien el peso del cuerpo, deberán tener ruedas para facilitar el movimiento y con goma para aislarlas de la humedad y de la electricidad.

Las camas hospitalarias tienen por general unas dimensiones estándar: el ancho estará entre 80-90 cm, largo entre 190-200 cm y la altura dependerá de si lleva o no colchón, que en este caso sería de 70 cm de alto. Será accesible por los tres lados y estará situada bien sea cerca de la puerta o al lado de la ventana.

Los tipos de camas se pueden clasificar en dos grupos: camillas de exploración y camas de descanso.

Dentro de las camillas de exploración que se emplean para exploraciones del paciente, están las articuladas con el cabecero móvil para permitir su elevación y las camillas rígidas compuestas de un tubo metálico y colchón recubierto con material de fácil limpieza.

Por su parte las camas de descanso son las que están indicadas para la convalecencia de los pacientes y entre ellas y dependiendo de la dolencia existen distintos tipos:

- Cama de descanso articulada: Conocida también como traumatológica o de Judet, se emplea para pacientes con fracturas o bien parálisis en las extremidades y suelen presentar por lo general un marco, llamado marco de Balkan, lo que permite al paciente realizar con más facilidad e independencia sus movimientos, como es cambiar de posición e incorporarse ligeramente.
 - Cama electrocircular : Llamada también de Striker, la cual lleva unos armazones circulares para poder realizar cualquier posición, tanto horizontal como vertical o boca abajo. Se usa para pacientes con un alto grado de politraumatismos o para grandes quemados, pacientes estos que necesitan estar inmovilizados durante largo tiempo.
 - Cama Rototest: Este tipo de cama mantiene al paciente en constante movimiento, haciéndolo girar, por lo que es adecuada para la prevención de las UPP (úlceras por presión), disminuyendo así los puntos del roce del cuerpo del paciente y causándole un gran beneficio.
 - Cama de descanso pediátrica: Es la conocida como Incubadora, la cual se emplea para los bebés prematuros, proporcionándoles un ambiente beneficioso para la mejora y para asegurar las condiciones de vida. Dispone de sistema de motorización, temperatura y humedad adecuado para que el bebé permanezca aislado y prevenido de infecciones.
 - Cama de exploración ginecológica: También conocida como potro ginecológico, la cual sirve para efectuar exploraciones ginecológicas y se usa también para el parto. Llevará un colchón duro cubierto por una sábana y normalmente suele ser articulada, aunque existen también las rígidas.
 - Cama de levitación: En ella se emplea un flujo continuo de aire, lo que hace que el paciente esté en suspensión y no esté en contacto con ninguna parte de la cama. Este tipo de cama se utiliza en la unidad de grandes quemados.
 - Cama libro: Es un tipo de cama articulada para pacientes que deben pasar largos periodos de tiempo inmovilizados, ya que permite la angulación lateral.
 - Armazón para volteo (Foster): Facilita el cambio postural de manera manual. Compuesta por dos armazones, uno en el que descansa el paciente y otro que suele estar recogido en la parte inferior de la cama cuando no se utiliza. Actualmente, en desuso, siendo sustituido por la cama electrocircular o Striker.
- Existen también varios tipos de camas de descanso que actualmente están en desuso, como las camas de Gath, Nelson y Sanders.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad en el ámbito hospitalario nos podemos encontrar con diferentes tipos de camas que sirven para ayudar con eficacia a los pacientes ingresados por diversas patologías.

Es muy importante conocer los diferentes tipos de camas, sus características y modo de uso, para poder con ello proporcionar al paciente ingresado un lugar de descanso cómodo y que a la vez le ayude a mejorar en los cuidados que necesite. Por tanto, la cama hospitalaria es una parte fundamental en la Unidad del paciente, ya que no es solamente parte del mobiliario, sino que es el lugar en el cual el paciente hospitalizado va a pasar la mayor parte de tiempo, por lo que será una cama de fácil manejo y a la vez con las características fundamentales para el paciente y el tipo de dolencia que padezca.

Es muy importante que tanto el Celador como el resto del personal hospitalario, sepan a la perfección el uso y manejo de cualquier tipo de cama hospitalaria.

6 Bibliografía

- 1- Libro El Celador. Editorial MAD. Agosto 2018. ISBN: 978-84-142-2050-4.
- 2- <https://ortoprono.es/equipamiento-para-el-hogar/tipos-de-camas-hospitalarias-y-para-que-sirven/>.
- 3- <https://celadoresonline.blogspot.com/p/temas-3.html?m=1>.
- 4- <https://medline.gov/spanish/>.
- 5- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 506

LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

AROA PÉREZ BUENACHE

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

1 Introducción

El servicio de admisión y documentación clínica de una institución sanitaria se puede entender como el servicio encargado de garantizar el acceso a pacientes y usuarios a la asistencia sanitaria especializada, a través de la modalidad ambulatoria y hospitalaria. El servicio de admisión se entiende como un servicio no asistencial con carácter multidisciplinar a cargo de administrativos y auxiliares administrativos.

Es por ello, por lo que se puede comprender la figura del auxiliar administrativo como el profesional encargado de las gestiones relacionadas con la admisión de

los apacientes y de la gestión y manejo de los documentos clínicos integrados en la historia clínica del paciente.

El servicio de admisión y documentación clínica puede clasificarse en dos unidades dentro del mismo servicio:

- Área de gestión de usuarios y pacientes: centrándose en la admisión de urgencias y hospitalización, así como la gestión de los pacientes ambulatorios.
- Área de gestión de la documentación clínica: centrándose en las funciones relativas al archivo de documentación clínica y la historia clínica de los pacientes.

A lo largo de este capítulo científico se llevará a cabo una breve síntesis de las funciones llevadas a cabo por los auxiliares administrativos en el servicio de admisión y documentación clínica de las instituciones sanitarias.

2 Objetivos

- Conocer las principales actividades realizadas en el servicio de admisión central de un centro sanitario.
- Detallar las funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos en el servicio de admisión de una 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

Como se ha podido comprobar anteriormente, el servicio de admisión será el principal servicio de las instituciones sanitarias encargados de gestionar las diferentes áreas asistenciales tanto de la atención primaria (consultorios y centros de salud) como de la atención especializada (centros hospitalarios).

Esta gestión se centrará en la ordenación, la priorización de actividades desarrolladas en los centros sanitarios y la coordinación entre los diferentes servicios y entre los diferentes niveles de asistencia sanitaria.

Esta unidad desarrolla sus actuaciones intentando lograr el objetivo de mantener la cohesión entre el paciente y la organización asistencial y la eficiencia en la utilización de los diferentes recursos por parte de los pacientes y usuarios. Del mismo modo, la unidad de admisión y documentación clínica deberán desarrollar su actividad con la finalidad de garantizar el acceso igualitario para todos los usuarios.

Funciones realizadas por los auxiliares administrativos en la unidad de admisión y gestión de documentación clínica:

- Gestionar cada uno de los procesos administrativos que den acceso al paciente a la asistencia sanitaria.
- Gestionar cada uno de los procesos administrativos que permita la circulación asistencial de pacientes por las distintas instituciones sanitarias (centros de salud, centros hospitalarios, centros de especialidades de referencia).
- Organizar el proceso asistencial de la institución sanitaria.
- Evaluar el proceso asistencial de la institución sanitaria.
- Gestionar los ingresos de los pacientes. Facilitando al paciente los papeles necesarios para el registro, así como la pulsera identificativa que deberá poseer el paciente durante su estancia en el centro hospitalario y las pegatinas con los datos identificativos del paciente utilizados por los profesionales durante la realización de pruebas o intervenciones.
- Gestionar las camas hospitalarias existentes.
- Gestionar los traslados de los pacientes a otros centros hospitalarios de la misma comunidad autónoma y de otras comunidades autónomas.
- Gestionar el medio de transporte utilizado durante el traslado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del auxiliar administrativo en el servicio de admisión y documentación clínica de una institución sanitaria” nos demuestra las principales funciones de los auxiliares administrativos en el servicio de admisión de una institución sanitaria.

Como se ha podido comprobar con anterioridad, es función del auxiliar administrativo el tratamiento y gestión de toda la documentación clínica del paciente relativa a su historia clínica, por lo que es de vital importancia que cumpla con su obligatoriedad de la protección de datos de los pacientes para no incurrir en un delito penal.

6 Bibliografía

1. FERNANDEZ, B. Auxiliares administrativos y su trabajo en el hospital. Ocronos Vol. III. Diciembre 2020.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
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. VAZQUEZ, J., ISLA, J.L. Auxiliares administrativos. SAS. Temario específico. España. ERadios ediciones. 2023
5. VV-AA- Grupo auxiliar de la función administrativa. SESCOAM. Temario y tes. Volumen 2. España. ERadio ediciones. 2017

Capítulo 507

EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

HADILLA MOHAMED ABDESELAM

1 Introducción

La unidad de pediatría en un hospital es un entorno de atención médica especializado donde se atienden a los pacientes más jóvenes. Los celadores desempeñan un papel esencial en el funcionamiento de esta unidad al proporcionar apoyo logístico y emocional a los pacientes pediátricos y sus familias. A pesar de su importancia, el papel del celador en pediatría ha recibido relativamente poca atención en la literatura científica.

Su labor va a abarcar una variedad de funciones esenciales que tienen un impacto directo en la atención, el bienestar y la experiencia de los niños que requieren atención médica pediátrica, así como sus familias. La unidad de pediatría es un entorno singular en el que la atención debe ser especialmente delicada y adaptada a las necesidades únicas de los pacientes jóvenes.

En este área, los celadores asumen una serie de responsabilidades cruciales que van a abarcar la asistencia en el transporte de pacientes hasta la provisión de apoyo emocional en los momentos más difíciles. Es necesario examinar de forma profunda, con detalle, las funciones, responsabilidades y la importancia de los celadores en el área de pediatría, destacando sobretodo su contribución significativa al cuidado de los pacientes pediátricos y sus familias en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Describir las funciones y tareas del celador en la unidad 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados revelaron que los celadores en unidades de pediatría tienen un impacto significativo en la experiencia de los pacientes pediátricos y sus familias. Sus responsabilidades incluyen:

1. Apoyo emocional: Los celadores a menudo actúan como intermediarios entre el personal médico y las familias, brindando apoyo emocional y tranquilidad a los padres y pacientes pediátricos.
2. Movilización segura: Ayudan en la movilización y el transporte de los pacientes pediátricos, garantizando que se sientan cómodos y seguros durante los procedimientos médicos.
3. Entorno amigable para niños: Contribuyen a crear un entorno hospitalario que sea acogedor y adecuado para los niños, reduciendo el estrés asociado con la hospitalización.
4. Coordinación de actividades: Facilitan la coordinación de actividades recreativas y educativas para los pacientes pediátricos, ayudando en su desarrollo y bienestar.
5. Apoyo al personal médico y de enfermería: los celadores deben colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería, ayudando así en la preparación de habitaciones, la entrega de suministros médicos y la asistencia durante los procedimientos médicos.
6. Mantenimiento de la unidad: los celadores van a contribuir en el mantenimiento de un entorno limpio y seguro en la unidad de pediatría.
7. Transporte de historiales clínicos y muestras.

Las cualidades esenciales que los celadores deben tener incluyen la empatía, la paciencia, la capacidad de comunicación efectiva y una actitud positiva.

Además de las anteriores funciones, el celador tiene una serie de responsabilidades:

1. Cumplir con las normas de higiene y seguridad.
2. Comunicación efectiva: deben ser capaces de comunicarse eficazmente con el personal médico, de enfermería, los pacientes y sus familias para garantizar un flujo de información adecuado y un ambiente de confianza.
3. Respeto y empatía hacia los pacientes pediátricos y sus familias, ya que pueden estar pasando por momentos difíciles y estresantes.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores en la unidad de pediatría desempeñan un papel crucial en la atención y el bienestar de los pacientes pediátricos y sus familias. Su apoyo emocional y logístico contribuye a crear un ambiente hospitalario más cálido y humano. Es esencial reconocer y valorar su trabajo en este contexto y considerar la capacitación y el apoyo continuo para mejorar aún más su desempeño.

Sus funciones y responsabilidades son variadas y fundamentales para el buen funcionamiento de la unidad. En general, la labor del celador es de gran importancia debido al apoyo emocional que ofrece a los pacientes, a la ayuda en la eficiencia de la atención médica y a mantener un entorno seguro para todos los usuarios del hospital.

6 Bibliografía

1. Funciones del Celador en las distintas áreas o Servicios - Celadores.org [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [cited 2023 Oct 2]. Available from: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
2. Gva.es. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://sanjuan.san.gva.es/wp-content/uploads/2018/06/Manual-cogida-celadores.pdf>.
3. Investigación RS. Funciones del celador en una planta de hospitalización [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/>.
4. Ocronos R. El celador y su ayuda en el paciente infantil con el síndrome del dolor [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [cited 2023 Oct

- 2]. Available from: <https://revistamedica.com/celador-ayuda-paciente-infantil-sindrome-dolor/>.
5. El Celador en Su Trato Con El Paciente y Familia [Internet]. Scribd. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://es.scribd.com/document/442195553/El-celador-en-su-trato-con-el-paciente-y-familia>.
6. PREVENCIONISTA. CELADORES INFANTILES [Internet]. Jmcprl.net. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://www.jmcprl.net/GLOSARIO/CELADORES%20INFANTILES.htm>.

Capítulo 508

FONTANEROS Y EL TIPO DE MANTENIMIENTO PARA LOS HOSPITALES

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

1 Introducción

El mantenimiento de los hospitales debe realizarse de acuerdo con un conjunto de reglas bastante definidas que se basan en principios rectores.

Para poder ofrecer servicios de mantenimiento, que se definen como el conjunto de recursos materiales, técnicos y humanos, los equipos arquitectónicos, de ingeniería y electromédicos de un centro de salud deben estar siempre en buen estado de funcionamiento.

Por lo tanto, es fundamental comprender qué implica el mantenimiento y en qué se diferencia uno de otro.

El correcto mantenimiento del edificio, instalaciones y equipos requerirá de una serie de pasos, todos ellos basados en un plan de mantenimiento debidamente

elaborado y revisado. Estos pasos pueden ser eléctricos, mecánicos, de instalaciones o de cualquier otro tipo. periódicamente.

Además de los médicos, enfermeras, asistentes y enfermeros, el personal de mantenimiento realiza una serie de tareas esenciales en los hospitales.

Todos los recursos del sistema sanitario están bajo su control. Dependiendo de cómo esté constituido por el personal, de cómo preste sus servicios, de los protocolos que se pongan y de las políticas de mantenimiento que se sigan, podemos pasar de un hospital revalorizado, mas útil, mas eficiente y que cumple sus objetivos, a un centro médico completamente devaluado y arruinado.

2 Objetivos

Descubrir los distintos roles y profesiones que desempeña cada empleado del departamento de mantenimiento y en este caso el fontanero.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en la literatura sobre el personal de mantenimiento hospitalario, estudio de la literatura y consulta de políticas y procedimientos hospitalarios.

4 Resultados

Se denomina mantenimiento al desarrollo de actividades encaminadas a conseguir que algo se degrade en igual o menor grado que el considerado en su diseño o que se obtenga una mayor “vida”. Existen numerosos tipos de mantenimiento que se pueden realizar dentro de un entorno hospitalario, que incluyen:

- El mantenimiento preventivo implica planificar intervenciones para mantener en óptimas condiciones la maquinaria y los edificios.

Para realizar un mantenimiento predictivo es necesario conocer los valores de unas cuantas variables que sirven como una buena representación del sistema que queremos mantener en funcionamiento.

- El mantenimiento correctivo se realiza cuando un edificio sufre daños o cuando un sistema o equipo no funciona correctamente.

El mantenimiento correctivo es un trabajo no planificado que puede completarse apresuradamente, lo que aumenta el riesgo. El mantenimiento correctivo es una tarea no planificada a diferencia del mantenimiento preventivo y predictivo, que

puede planificarse y realizarse mediante un cronograma de trabajo. tema que recorre todo el proceso de trabajo.

El personal de mantenimiento de las instalaciones hospitalarias incluye personas de diversos oficios, pero merecen especial mención: técnicos industriales, ingenieros, maestros industriales, mecánicos, electricistas, calefactores, fontaneros, albañiles, carpinteros, jardineros y pintores.

Los objetivos básicos del mantenimiento hospitalario se pueden enumerar de la siguiente manera:

- Un aumento de los ingresos en todas partes.
- Mantener los equipos y estructuras en óptimas condiciones de funcionamiento para garantizar la confiabilidad.
- Mantener la estructura organizacional del programa de mantenimiento para mantener los costos operativos al mínimo.
- Cumplimiento total de los estándares de calidad que el sistema empresarial tiene establecidos.
- La organización puede mantener su competitividad asegurándose de que la confiabilidad y la disponibilidad sean consistentes con la demanda.
- Mantener los equipos e instalaciones en buen estado durante la mayor parte de su vida útil.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes no son conscientes de la cantidad de trabajo que se requiere en los hospitales y clínicas hasta que se dan cuenta de que todo está en perfecto estado de funcionamiento incluso antes de llegar.

A pesar de ser cruciales para el mantenimiento y el funcionamiento eficaz de los hospitales, los servicios de mantenimiento hospitalario suelen estar infravalorados porque no entran en la categoría de atención médica.

Junto con las tareas diarias de rutina, con frecuencia surgen situaciones de emergencia que deben manejarse de inmediato para seguir brindando atención médica.

A pesar de ser una tarea habitual de los fontaneros, al ser invisible, no se valora suficientemente su importancia.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.com

Capítulo 509

MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES DE AGUA Y FONTANERÍA DE UN HOSPITAL

DAVID ABAD GONZÁLEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

1 Introducción

Las instalaciones de suministro de agua de los centros médicos están compuestas por una red de componentes de recogida de agua, que suelen ser tanques elevados.

El segundo pilar crucial, los empleados no sanitarios, incluye a los celadores, administradores, cocineros, ayudantes de cocina, lavanderas y personal de limpieza. Sin ellos, las instituciones de salud no pueden funcionar como una organización. Peluquerías, servicios de limpieza, etc. que también caen bajo el paraguas de los trabajadores de mantenimiento.

Desde estas fuentes se suministra agua a otros sistemas de reserva y regulación o se emplea en la construcción de la red pública, esparce agua.

Nos referimos al sistema de tuberías que, a partir de los citados tanques, sirven para abastecer al abonado o ramales individuales así como a los equipos hidráulicos de los servicios públicos, como por ejemplo la red pública de distribución. Para evitar fallas en los equipos médicos y la infraestructura hospitalaria, se deben reconocer, disminuir o eliminar los riesgos potenciales. El mantenimiento y su gestión son herramientas importantes para garantizar el correcto funcionamiento del equipo. Debido a que involucran vidas humanas, las fallas de infraestructura en los hospitales pueden tener consecuencias inimaginables. Los miembros del personal de mantenimiento del hospital provienen de una amplia gama de profesiones, incluidos carpinteros, electricistas, plomeros, albañiles, calefactores, carpinteros, jardineros, mecánicos, pintores y electricistas, y trabajan en todas las áreas de atención y apoyo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es comprender cómo el personal de plomería contribuye al mantenimiento de los sistemas de agua de un hospital.

3 Metodología

Para completar este trabajo se realizaron búsquedas en las bases de datos primarias, Pubmed, Scielo, Medline y motores de búsqueda de Internet, así como en la propia literatura primaria. También se ha buscado en Google usando palabras clave como fontanería.

4 Resultados

El diseño general de la instalación vendrá determinado por la presión actual de la red de distribución de agua. A la hora de planificar la disposición general de la instalación se puede tener en cuenta el tipo de medición del agua, es decir, si se realizará con un contador único, general o múltiple.

También se tienen en cuenta los medidores divisionales y ningún tubo ascendente alimenta más de 10 pisos a través de distribuidores ramales o de anillo. Debido a la presión excesiva en los pisos inferiores, los hospitales que están por encima de cierta altura (más de 10 pisos) generalmente tienen dos o más columnas de montantes.

La operación, mantenimiento y mantenimiento de una instalación de agua debe realizarse correctamente.

La instalación requiere una adición constante de agua.

- Mantenga separados los metales diferentes entre sí al realizar reparaciones o modificaciones. Utilice siempre una funda de latón al reparar una tubería de cobre a un accesorio de tubería de acero galvanizado y viceversa. Debido a la composición química del agua, es importante tener siempre en cuenta que cuando se utiliza una manga electrolítica para conectar dos metales diferentes. La conexión solo se puede realizar poniendo primero el metal menos noble (tubo de acero galvanizado) y el metal más noble (tubo), acero galvanizado). A continuación, el cobre debe moverse en dirección al agua.
- En ningún caso se debe instalar el metal más noble (cobre) antes que el menos noble (acero galvanizado), ya que esto provocaría que las partículas de cobre que podrían desprenderse por el paso del agua acabarían en la superficie del acero galvanizado, dando lugar al fenómeno de corrosión. Una tubería de cobre hecha de cobre y acero galvanizado simplemente se corroería si una partícula de hierro se rompiera y cayera sobre ella, manteniendo la tubería en buenas condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que los fontaneros son los que podrán identificar y abordar cualquier problema a medida que surja, es fundamental que el personal de fontanería reciba la capacitación adecuada y necesaria en el mantenimiento de las instalaciones de agua en las instalaciones hospitalarias.

Sin embargo, existen unos procesos viables que se pueden implementar para resolver los problemas y mejorar los niveles de cumplimiento de los requisitos. Los centros hospitalarios tienen unas fallas estructurales que dificultan que el departamento de mantenimiento cumpla sus objetivos. El criterio de planificación, programación y control del mantenimiento es el que tiene mayor margen de mejora.

6 Bibliografía

-www.google.es

Capítulo 510

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL

SORAYA NOGALES PIQUERAS

1 Introducción

La planta de pediatría en un hospital es un área específicamente diseñada para atender a pacientes pediátricos, es decir, a niños desde recién nacidos hasta adolescentes. Esta área está dedicada a la atención médica y hospitalización de niños y adolescentes, y está equipada y organizada de manera que sea apropiada y segura para ellos.

Las características comunes de una planta de pediatría en un hospital incluyen habitaciones pediátricas. Estas habitaciones están diseñadas para ser amigables para los niños y suelen estar decoradas de manera colorida y atractiva. Pueden tener camas o cunas adecuadas para la edad del paciente y a menudo cuentan con áreas de juego o entretenimiento. En una planta de pediatría, el personal médico y de enfermería está especialmente capacitado en el cuidado de pacientes pediátricos. Esto incluye pediatras, enfermeras pediátricas y otros profesionales de la salud con experiencia en niños y adolescentes. Para ayudar a los niños a sentirse más cómodos y relajados durante su estancia en el hospital, es común que haya áreas de juego o recreación en la planta de pediatría. Estas áreas proporcionan distracción y entretenimiento (1).

Los pediatras pueden realizar consultas en la planta de pediatría para evaluar y tratar a los pacientes sin necesidad de llevarlos a otras áreas del hospital. Y es que,

debido a la naturaleza especializada de la atención pediátrica, existen protocolos de seguridad específicos para garantizar que los niños estén protegidos y reciban la atención adecuada. Para las madres que amamantan a sus bebés, es común que la planta de pediatría tenga áreas designadas para la lactancia materna.

La planta de pediatría está equipada con dispositivos y equipos médicos diseñados específicamente para el cuidado de niños y adolescentes, incluyendo equipos de monitoreo, bombas de infusión, y otros dispositivos médicos pediátricos.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en la planta de pediatría del hospital.
- Ayudar a registrar consultas en la planta de pediatría para evaluar y tratar a los pacientes
- Mejorar el funcionamiento de la unidad de pediatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos:

PubMed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la planta de pediatría de un hospital, ya que se encarga de llevar a cabo una serie de tareas administrativas y de apoyo que son esenciales para el funcionamiento eficiente de esta área. Además, suele ser responsable de recibir a los pacientes y sus familias en la planta de pediatría, registrar su información personal y médica en el sistema de registro del hospital y asegurarse de que se asignen las camas adecuadas. También, ayuda a programar las citas médicas y procedimientos para los pacientes pediátricos, coordinando con el personal médico y de enfermería para garantizar que se sigan los horarios. Además, brinda atención al cliente a los pacientes y sus familias, responde preguntas, proporciona información sobre los

servicios disponibles y garantiza un ambiente hospitalario, acogedor y amigable (2).

Por otra parte, mantiene y actualiza los expedientes médicos de los pacientes de manera precisa y segura, asegurándose de que estén disponibles para el personal médico cuando sea necesario. También gestiona el inventario de suministros médicos y equipos necesarios en la planta de pediatría, solicitando nuevas entregas cuando sea necesario y asegurando que todo esté en condiciones óptimas de funcionamiento. Además, ayuda en el proceso de facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes pediátricos y en la coordinación con las compañías de seguros para obtener la autorización y el reembolso adecuados. Además, se encarga de facilitar la comunicación entre el personal médico, de enfermería y otros departamentos del hospital, asegurándose de que la información relevante se comparta de manera efectiva (3).

También asiste en la programación de reuniones médicas, conferencias y eventos relacionados con la pediatría, así como en la preparación de materiales y la logística necesaria.

En cuanto a la gestión de quejas y sugerencias, recopila y registra quejas o sugerencias de los pacientes y sus familias, y asegura que se tomen las medidas adecuadas para abordarlas de manera oportuna. Además, realiza tareas administrativas generales, como la gestión de la correspondencia, la atención de llamadas telefónicas y la preparación de informes o documentos según sea necesario.

Por último, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la planta de pediatría de un hospital al garantizar una gestión eficiente de la documentación, la programación de citas y procedimientos, y la comunicación efectiva, lo que contribuye a proporcionar atención médica de calidad a los pacientes pediátricos y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la planta de pediatría de un hospital al llevar a cabo una variedad de funciones administrativas y de apoyo que contribuyen al funcionamiento eficiente y efectivo de esta área especializada. Estas funciones incluyen la gestión de registros de pacientes, programación de citas y procedimientos, atención al cliente, gestión de expedientes médicos, coordinación de suministros y equipamiento, facturación y seguros, comunicación interna, programación de eventos, gestión de quejas y sugerencias,

y tareas administrativas generales.

El auxiliar administrativo actúa como un nexo importante entre el personal médico, de enfermería y las familias de los pacientes, asegurando que se mantenga una comunicación efectiva y que se preste un servicio de calidad en el cuidado de los niños y adolescentes hospitalizados en la planta de pediatría.

Su contribución contribuye a garantizar un entorno acogedor y seguro para los pacientes pediátricos y sus familias, promoviendo así una atención médica de calidad en este contexto especializado.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/actuacion-auxiliar-administrativo-area-pediatria-hospital/>.
2. <https://www.ifp.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-pediatria>.
3. https://www.chospab.es/enfermeria/pipe/pipe_documentos/pediatria_cirugia_pediatica.pdf.

Capítulo 511

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS (UCA)

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

1 Introducción

Las unidades de conductas adictivas (UCA) son servicios o centros sanitarios de carácter ambulatorio, en los que se presta atención integral a los pacientes o usuarios que tienen conductas adictivas. El trabajador social en la UCA presta sus servicios, realizando una intervención social individual, donde facilitan información de programas terapéuticos, orientación en el tratamiento, valoración de las necesidades, aclaración de dudas, etc. El trabajador social en la intervención familiar, intervención grupal e intervención comunitaria realiza principalmente funciones de información y orientación sobre cualquier aspecto que necesiten resolver. También, realiza intervención con el equipo interdisciplinar, cuando se valora una posible intervención social. El trabajador Social interviene en procesos judiciales, de diferentes formas, asesorando, haciendo seguimientos, informando, entre otras muchas más cosas.

Los trabajadores sociales dan información, valoración y tratamiento a los usuarios que lo demanden, se trabaja tanto con los pacientes conductas adictivas como con las familias. Los pacientes pueden acceder a este servicio por petición propia, derivados de Servicios Sociales, por derivación judicial o por centros de salud de atención primaria o urgencias hospitalarias.

Las habilidades sociales e interprofesionales son muy importantes, por parte del trabajador social de la UCA, ya que trabajan con personas con una problemática muy complicada, como son las intervenciones a causa de conductas adictivas, ya sea, con o sin sustancias.

2 Objetivos

1. Explicar la importancia de la intervención del trabajador social en las problemáticas adictivas.
2. Entender cómo influye el entorno sobre el paciente.
3. Poner de manifiesto la necesidad de intervención integral, para lograr objetivos fijados con este tipo de conductas.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

Las UCA son centros y servicios que aparecen ante la necesidad de prestar un servicio integral a las personas con conductas adictivas con o sin sustancias.

Los trabajadores sociales en la UCA son profesiones que desarrollan funciones muy importantes, trabajan de forma global, interviniendo y dependiendo de cada caso a trabaja a individual, familiar, grupal y comunitario. También realiza trabajos de colaboración en procesos judiciales, con servicios sociales, con centros hospitalarios, seguimientos.

Cuando trabaja a nivel individual, el Trabajador Social interviene directamente con el paciente dando información y asesoramiento sobre proceso y recursos. En

este tipo de problemática, es muy importante el compromiso del paciente. Todos los datos se recogen en la Historia Social del paciente, diseñando la intervención más adecuada a su adicción, el Trabajador Social está presente en los momentos iniciales y continúa haciendo un seguimiento de todo el proceso. Incluso, cuando el paciente supera su problema, le asesora para evitar posibles recaídas.

En las intervenciones con las familias, el Trabajador Social les asesora, informa y orienta, guiando su intervención, en función de los problemas que tengan la familia derivados de conductas adictivas de algún familiar, animando a la participación en asociaciones, haciendo dinámicas familiares, etc.

En intervenciones grupales los Trabajadores Sociales trabajan con grupos con similares problemáticas, trabajando desde el concepto de grupo.

A nivel de comunidad el Trabajador social participa en la elaboración de protocolos, guías y su actualización permanente. Promueven programas encaminados hacia la prevención de este tipo de conductas, etc., trabajan en coordinación con otros servicios, organizaciones o profesionales.

Las habilidades sociales (empatía, escucha activa) para este tipo de problemática, es un factor clave, para lograr diseñar una intervención adecuada y conseguir el cumplimiento de los objetivos fijados.

5 Discusión-Conclusión

El trabajador social sanitario en la UCA, tiene un papel muy importante en una sociedad donde hay problemas con el consumo de sustancias y con las adicciones, entre otras funciones se encuentran las de facilitar información, orientación en el tratamiento, acompañamiento social o cualquier otro tipo de ayuda que le sea demandado.

El trabajador social en las UCA trabaja con otros profesionales, tras estudiar cada caso elabora el plan intervención ya sea a nivel individual, familiar, grupal o comunitario. Conseguir información del entorno social y hacer un diagnóstico social del paciente y de su entorno, donde se han de identificar necesidades, para lograr realizar la intervención de forma eficiente, logrando maximizar los objetivos planteados en cada caso, potenciando las capacidades, fortalezas y potenciando la autonomía.

6 Bibliografía

1. Dirección regional de salud mental del SESCOAM. Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental del trastorno Mental grave, de próxima aparición 2014

2. Dirección regional de Salud Mental del SESCAM. Proceso Integrado de Salud Mental de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos. de próxima aparición 2014.
3. Dirección regional de Salud Mental del SESCAM. Gestión de Casos en Salud Mental de Castilla-La Mancha. de próxima aparición 2014.
4. Agencia Valenciana de Salut el 15 de Abril Bravo D., D. J. (2013). La intervención del trabajo social en las adicciones dentro del programa juego responsable.
5. Reflexiones entorno a la ética en las intervenciones de trabajo social Jimdo. (2007). Trabajo social y adicciones.

Capítulo 512

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

LIDIA MARTIN COLILLA

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, el almacén representa una parte esencial destinada a la preservación de medicamentos u otros suministros hasta su distribución a las unidades correspondientes. Su función primordial radica en el aprovisionamiento, suministro, y supervisión de las existencias.

El servicio de suministro hospitalario engloba tanto al Almacén General como al Departamento de Compras. Su labor consiste en proveer los recursos materiales requeridos por los diferentes servicios hospitalarios y centros de salud. El almacén es el centro de esta logística, encargándose de la gestión integral, desde la recepción hasta el almacenamiento y distribución a diversas áreas, como centros de salud, plantas hospitalarias, y ambulancias. Aquí, colaboran auxiliares administrativos y celadores, quienes se encargan de la distribución, mientras que el jefe del almacén lidera la gestión y asegura su óptimo funcionamiento.

Además de la provisión, el almacén asume tareas cruciales como el seguimiento riguroso de las fechas de caducidad, especialmente para productos farmacéuticos, y la supervisión constante del stock. También realiza inventarios periódicos para mantener un control preciso de los artículos almacenados. En conjunto, estas funciones garantizan la eficiencia en la gestión de suministros y contribuyen al flujo ininterrumpido de recursos vitales en el contexto hospitalario, respaldando así la atención de calidad a los pacientes y el adecuado funcionamiento del sistema de salud.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones del auxiliar administrativo en los almacenes hospitalarios para obtener una comprensión profunda de su rol y su impacto en el eficiente funcionamiento de estos almacenes.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas para la investigación, como pueden ser Medline, Pubmed u otras fuentes relevantes. La búsqueda se efectuó utilizando términos MESH tales como "Administrative Assistant"; "function" y "warehouse". Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

4 Resultados

Los almacenes hospitalarios son un componente esencial para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud. Dentro de estos almacenes, el de farmacia y el almacén general se encargan de mantener en resguardo una amplia variedad de suministros necesarios para el cuidado de los pacientes. El almacén general, a su vez, se subdivide en áreas especializadas que se ocupan de gestionar categorías específicas de insumos médicos.

La gestión de estos almacenes requiere un meticuloso registro de toda la documentación relacionada con la entrada y salida de mercancías. Esta labor debe realizarse en tiempo real para asegurar que se conozca en todo momento qué productos están ingresando, cuáles están siendo utilizados, cuáles deben ser reabastecidos y cuáles necesitan ser retirados en primera instancia debido a fechas de caducidad o cualquier otra razón.

Los auxiliares administrativos son figuras clave en este proceso. Su trabajo abarca una variedad de responsabilidades, desde comunicar las devoluciones al jefe de almacén hasta coordinar con proveedores la gestión de albaranes. Además, tienen la tarea de preparar muestras para comisiones técnicas, introducir datos en el inventario, completar documentos, registrar las entradas y salidas de mercancías, imprimir etiquetas de devolución y listados, además de supervisar la entrega de mercancía pendiente y generar y cerrar los albaranes de salida.

La eficiente operación del almacén y la gestión de suministros no solo mejoran la productividad, sino que también aseguran la calidad de la atención ofrecida en centros de salud y hospitales. Los auxiliares administrativos juegan un papel crucial en este proceso al mantener un flujo constante de recursos esenciales en el sector sanitario, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y al funcionamiento general de las instituciones de salud. Su labor es fundamental y su dedicación es un elemento vital en el sistema de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Este análisis enfocado en las actuaciones de los auxiliares administrativos en los almacenes hospitalarios revela su relevancia crítica en el funcionamiento eficiente del sistema de salud. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel multifacético y esencial, abordando una amplia gama de tareas que incluyen la gestión de inventarios, la coordinación con proveedores, el registro de documentación y la garantía de que los suministros médicos estén disponibles cuando más se necesitan. Su labor contribuye directamente a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente al asegurar que los recursos estén en su lugar y en condiciones óptimas, destacando la influencia positiva de los auxiliares administrativos en la gestión de suministros hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Martínez, J., & Rodríguez, L. (2019). Contribución de los auxiliares administrativos en la optimización de la gestión de suministros en hospitales. *Revista de Gestión de Servicios de Salud*, 14(2), 102-115. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83768561006>
2. Pérez, S., & García, M. (2018). El papel estratégico del auxiliar administrativo en los almacenes hospitalarios: un análisis de caso. *Revista de Investigación en Salud*, 12(1), 45-58. <https://www.sciencedirect.com/journal/revista-de-investigacion-en-salud/vol/12/issue/1>.

Capítulo 513

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

LIDIA MARTIN COLILLA

1 Introducción

El servicio de Atención al Paciente en hospitales desempeña su misión fundamental en la protección de los derechos y deberes de los pacientes. El objetivo primordial del servicio de atención al paciente consiste en mejorar la calidad asistencial, recibiendo y gestionando las quejas, reclamaciones y sugerencias formuladas por los pacientes y proporcionando información y asistencia integral según las necesidades de estos.

La unidad de Atención al Paciente generalmente se integra en el organigrama hospitalario bajo la dependencia directa del Área de Gerencia y Dirección. Los auxiliares administrativos asignados a esta área tienen la tarea de atender y brindar información tanto a los pacientes como a los familiares o acompañantes,

tanto de manera presencial como telefónica. Su labor es orientar a los usuarios sobre la forma más adecuada de presentar reclamaciones, quejas y sugerencias, siempre con el objetivo de promover el bienestar del paciente y del funcionamiento efectivo de la administración sanitaria.

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el servicio de Atención al Paciente, actuando como el vínculo entre el paciente o reclamante y la dirección médica. En los centros sanitarios, se encarga de proporcionar los formularios necesarios para las reclamaciones, asesorar, informar y ayudar en el proceso de tramitación de solicitudes de manera eficiente.

2 Objetivos

Examinar las actuaciones desempeñadas por los auxiliares administrativos en la atención al paciente en el proceso de reclamaciones, quejas o sugerencias.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas para la investigación, como pueden ser Medline, Pubmed u otras fuentes relevantes. La búsqueda se efectuó utilizando términos MESH tales como "Administrative Assistant"; "patient care" y "complaints". Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos en el servicio de Atención al Paciente desempeñan un papel esencial que trasciende más allá de su función meramente administrativa. Destacando su contribución a la calidad asistencial y el bienestar de los pacientes.

En primer lugar, el rol de los auxiliares administrativos en el desempeño de la gestión de las quejas, sugerencias y reclamaciones por parte de los pacientes es fundamental. Estos formularios son la vía a través de la cual los usuarios pueden alzar voz y señalar áreas en las que la atención sanitaria puede mejorar. Sin la ayuda de los auxiliares administrativos, muchos pacientes podrían enfrentar obstáculos para presentar sus inquietudes de manera efectiva, lo que podría llevar a la falta de mejora en los servicios sanitarios.

Además, su papel como enlaces vitales entre los pacientes y la administración sanitaria es esencial para el proceso de mejora continua. Al brindar orientación y apoyo, estos profesionales aseguran que las preocupaciones de los pacientes se aborden adecuadamente y a tiempo. Su actitud conciliadora y mediadora contribuye a mantener un ambiente tranquilo y constructivo, lo que es especialmente valioso en situaciones en las que los pacientes pueden sentirse ansiosos o insatisfechos.

La atención telefónica que proporcionan los auxiliares administrativos es otro componente crucial de su labor. Al transmitir mensajes de manera clara y comprensible, evitan malentendidos y ambigüedades, lo que es esencial para mantener una comunicación efectiva con los pacientes y garantizar una atención eficiente.

Durante la pandemia de COVID-19, la importancia de los auxiliares administrativos se ha elevado aún más. Han tenido que enfrentar desafíos extraordinarios, como el manejo de las listas de espera quirúrgicas, la gestión de consultas y la adaptación a la falta de personal, todos estos aspectos que han impactado significativamente en la administración sanitaria. Su capacidad para mantener la calma y la empatía en estas circunstancias ha sido esencial para ayudar a los pacientes a sentirse escuchados y atendidos.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en la atención al paciente, actuando como pilares fundamentales para garantizar la calidad asistencial en los servicios sanitarios. Su labor va más allá de la mera administración, ya que son facilitadores de las sugerencias y preocupaciones de los pacientes, enlaces entre estos y la administración sanitaria, y comunicadores eficaces. Durante la pandemia de COVID-19, su importancia se acentúa, puesto que se convierten en apoyo emocional y guía para los pacientes que buscan respuestas en momentos de incertidumbre. Su actitud contribuye a mantener un ambiente constructivo y a aliviar la ansiedad de los pacientes. En última instancia, los auxiliares administrativos son esenciales para lograr una atención sanitaria eficiente y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. García, M. (2020). Contribución de los auxiliares administrativos a la calidad asistencial en el ámbito de la salud. Editorial Médica Moderna.

2. Rodríguez, A. (2018). Mejorando la atención al paciente: el rol de los auxiliares administrativos en el servicio de Atención al Paciente. *Revista de Salud Pública*, 35(3), 45-60.

Capítulo 514

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS HOSPITALARIAS

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

LIDIA MARTIN COLILLA

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

1 Introducción

La planificación y organización de agendas en el hospital es un componente esencial para el eficiente registro, clasificación y asignación de citas médicas, siempre bajo la orientación del médico especializado. Esta responsabilidad recae en los auxiliares administrativos, quienes desempeñan una función altamente especializada y compleja en el contexto de la atención sanitaria.

Para llevar a cabo esta tarea con éxito, se requiere de una concentración y una formación adecuada. Su impacto es de suma importancia, ya que se traduce en mejoras significativas tanto en la gestión de la atención médica como en la administración hospitalaria. Además, tiene un efecto directo en la satisfacción del paciente, puesto que una adecuada organización de las citas disminuye los tiempos de espera y garantiza un flujo de pacientes más eficiente.

Es fundamental resaltar que esta labor actúa como el vínculo crucial entre el médico y el paciente, dado que la eficacia en la gestión de las citas del hospital depende en gran medida de su ejecución correcta. Así, la planificación de agendas emerge como un factor crítico para asegurar un funcionamiento eficiente y una atención de alta calidad en el entorno hospitalario. El proceso se basa en una colaboración estrecha entre el médico especialista y el auxiliar administrativo, en la que este último, siguiendo las instrucciones del médico, elabora la agenda de acuerdo con las necesidades médicas específicas.

2 Objetivos

Evaluar a los auxiliares administrativos de forma clara y concisa en el proceso de creación de la agenda hospitalaria para los facultativos especialistas.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas para la investigación, como pueden ser Medline, Pubmed u otras fuentes relevantes. La búsqueda se efectuó utilizando términos MESH tales como "Administrative Assistant"; "agendas" "hospitalization" y "process". Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

4 Resultados

La gestión de citas en un entorno hospitalario es una tarea que realiza los auxiliares administrativos fundamental para garantizar una atención médica eficiente y satisfactoria. En este proceso, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial bajo la dirección de facultativos especialistas. La elaboración de agendas médicas es una de las principales responsabilidades de estos profesionales.

El proceso comienza con la confección y directrices del médico especialista. Estas instrucciones incluyen detalles como la hora de inicio y finalización de las citas, la duración de las mismas y los períodos de descanso, el diseño y la estructura de las agendas pueden variar y ser modificados según las necesidades específicas de cada médico y especialidad.

En el contexto de las agendas médicas, existen similitudes comunes que se aplican a todas las especialidades. En primer lugar, los auxiliares administrativos reser-

van espacios para las "citas preferentes", destinadas a pacientes que requieren atención urgente, valorada por el médico que emite la referencia. Las "primeras visitas" son aquellas que necesitan más tiempo, ya que implican la primera visita del paciente y la recopilación de información esencial. Por otro lado, las "consultas sucesivas" son visitas de seguimiento que generalmente demandan menos tiempo. Las "consultas telefónicas" jugaron un papel importante durante la pandemia en la atención médica, aunque tienden a disminuir su uso en las agendas de los médicos especializados en el hospital.

La responsabilidad de incorporar pacientes en estas agendas recae en diferentes partes del sistema de atención médica. Tanto el personal de citaciones del hospital como los auxiliares administrativos en Atención Primaria tienen un papel clave en este proceso.

Una vez que los auxiliares administrativos han programado una cita en la agenda con el paciente, el siguiente paso implica la notificación al paciente. Esto se puede hacer de varias maneras, como la impresión de la cita y su envío por correo. Sin embargo, en situaciones de urgencia en las que el tiempo no permite la notificación por correo, se comunica directamente al paciente por teléfono.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la creación y gestión de agendas hospitalarias. Su labor es esencial para garantizar la eficiencia y calidad de la atención médica en el entorno hospitalario. Estos profesionales, en estrecha colaboración con facultativos especialistas, traducen las instrucciones médicas en agendas precisas y efectivas. Desde la programación de citas hasta la organización de horarios y la asignación de recursos, los auxiliares administrativos se convierten en el eslabón esencial entre el médico y el paciente. Su capacidad para mantener una alta concentración, comprender los sistemas de programación y adaptarse a las necesidades médicas específicas de cada paciente es fundamental para el funcionamiento fluido de un hospital. Además, su influencia se refleja directamente en la satisfacción del paciente, al reducir tiempos de espera y asegurar un flujo eficiente.

6 Bibliografía

1. Pérez, A. L. (2019). Funciones del auxiliar administrativo en la atención sanitaria: un enfoque crítico. *Journal of Healthcare Administration*, 15(3), 87-102.

2. Smith, J. M. (2020). La importancia de la gestión de agendas en hospitales públicos. *Revista de Salud Pública*, 25(2), 45-62.

Capítulo 515

LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

AROA PÉREZ BUENACHE

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el profesional encargado de gestionar toda la documentación clínica del paciente, así como organizar y gestionar las agendas médicas de las diferentes especialidades.

Antes de proceder a desarrollar la temática que nos atañe en este capítulo científico, se va a realizar una explicación de los diferentes términos relacionados con las consultas externas, para conocer y comprender de manera más amplia el funcionamiento de las consultas externas en atención primaria y atención especializada.

Se entiende como atención primaria la primera asistencia realizada sobre el paciente llevada a cabo por el médico de cabecera, también conocido como médico

de familia. Una vez que la asistencia de los médicos de cabecera en los centros de salud no cubre las necesidades de los pacientes, estos son derivados a un sistema de salud superior, la atención especializada, desarrollada en los centros hospitalarios.

Cabe destacar, que la asistencia especializada en los centros hospitalarios no está relacionada plenamente con el ingreso del paciente en la institución sanitaria, sino que, en el centro hospitalario, en el área de consultas externas, se pueden encontrar la consultas de cada una de las especialidades médicas.

Los pacientes que acuden a consultas externas son derivados por los médicos de cabecera, pero su gestión deberá ser realizada por los auxiliares administrativos.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento de las consultas externas y la forma de derivación a los médicos especialistas.
- Enumerar las funciones de los auxiliares administrativos con relación a las consultas externas de las especialidades médicas.

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 gestión de las consultas externas a médicos especialistas podrá realizarse desde el sistema de citación existente tanto en la asistencia primaria y en la especializada, puesto que habrá personal destinado para las citaciones en los centros de salud y en los centros hospitalarios.

Cabe destacar, que en ocasiones las consultas externas de los centros hospitalarios no pueden reunir a todas las especialidades médicas, por lo que el servicio de salud o la gerencia médica dentro de sus competencias podrán establecer unos centros de especialidades, conocidos como centro de diagnóstico, especialidades y tratamiento.

Funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos con relación a las consultas externas en los centros hospitalarios o en los centros de diagnóstico, especialidades y tratamiento.

- Informar a usuarios, pacientes y familiares sobre la gestión de citas en las consultas de médicos especialistas.
- Informar a usuarios, pacientes y familiares de la localización de las consultas de los médicos especialistas.
- Informar a usuarios, pacientes y familiares de la situación de sus citas, así como del día y la hora de su citación.
- Atender las llamadas telefónicas para la citación de consultas externas.
- Atender las llamadas telefónicas para resolver cualquier consulta sobre la situación de las citas de los pacientes.
- Asignar las citas médicas de los pacientes, estableciendo preferencia a aquellos pacientes indicados por los médicos de cabecera o los médicos especialistas.
- Gestionar los documentos justificativos sobre la asistencia a la consulta médico, tanto para pacientes como para los acompañantes de los pacientes.
- Gestionar las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria, y las intervenciones de cirugía menor. Derivando la gestión de las intervenciones de mayor envergadura a las secretarías de las especialidades médicas.
- Gestionar la documentación clínica de los pacientes y digitalizarla para incluirla en su historia clínica.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias presentadas en este capítulo nos demuestra en un primer instante, el funcionamiento de las consultas externas como derivación de una atención primaria cuya asistencia medica queda limitada. En un segundo instante, se ha podido comprobar cada una de las funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos.

A lo largo de este capítulo científico se ha podido comprobar la gran cantidad de funciones realizadas por los auxiliares administrativos, sumada a la gran cantidad de pacientes requiere por parte del profesional unos amplios conocimientos sobre los sistemas informáticos utilizados para poder gestionar la gran demanda asistencial, es por ello, de la necesidad de formar continuamente a estos profesionales en ámbitos de ofimática.

6 Bibliografía

1. VAZQUEZ, J., ISLA, J.L. Auxiliares administrativos. SAS. Temario específico. España. ERadios ediciones. 2023.
2. VV-AA- Grupo auxiliar de la función administrativa. SESCOAM. Temario y tes. Volumen 2. España. ERadio ediciones. 2017.

Capítulo 516

EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

REBECA FLORES MORCILLO

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, es necesario en primer lugar conocer quién es el personal auxiliar administrativo que desempeña sus funciones en una institución sanitaria para posteriormente entrar en profundidad sobre el tema principal del presente capítulo.

El auxiliar administrativo que desempeña su función en las instituciones sanitarias de los servicios de salud es considerado personal estatutario de gestión y servicios. El personal estatutario es un tipo de empleado público, habitual en los servicios de salud, cuya relación contractual con la administración pública se rige por un estatuto o normativa propia, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre,

del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que ha sido modificada, entre otras normas, por el Real Decreto-Ley 16/2021, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. El personal de gestión y servicios es aquel cuyo nombramiento es expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.

El auxiliar administrativo en el centro de salud no solo es la primera cara que ve el paciente, también es la primera toma de contacto. De esa primera toma de contacto dependerá en gran medida la actitud del paciente.

El auxiliar administrativo se encarga de ayudar a los pacientes en el proceso para realizar los trámites, asegurándose de que se cumplan los requisitos para poder realizar los procedimientos antes establecidos.

El auxiliar administrativo debe saber trabajar en equipo. Ser capaz de manejar los recursos habituales en una oficina, ordenador, fotocopidora, escáner... Debe tener habilidades comunicativas orales y escritas. Saber mostrar, tanto de manera presencial como telefónica, una actitud profesional, educada, proactiva y amable. En atención primaria, el auxiliar administrativo, trabaja en equipo junto a personal facultativo, personal de enfermería, celadores, trabajador social, auxiliar de enfermería. El auxiliar administrativo forma parte de las llamadas "Unidades administrativas", es personal no sanitario dentro de los centros hospitalarios.

El auxiliar administrativo, además, debe tener conocimiento de todos los derechos del paciente, y asegurarse de que no son vulnerados. Que el paciente reciba una atención adecuada está en nuestra mano.

Es por ello que el auxiliar administrativo es muy importante en los centros sanitarios y, especialmente, en atención primaria. Forma un gran equipo junto al resto de profesionales.

2 Objetivos

Describir las funciones básicas que desarrolla el auxiliar administrativo dentro del servicio de atención primaria.

3 Metodología

Como preparación para este estudio, se realizó un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda

sistemática de libros y se seleccionaron artículos científicos con contenido relevante para el área de investigación mediante la referencia de artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo no son muy diferentes a las que desarrollan los administrativos, la diferencia se encuentra principalmente en el desarrollo diario más especializado de sus funciones dentro del centro de trabajo.

Como principales funciones del auxiliar administrativo en atención primaria podemos enumerar las siguientes:

- Atención presencial y telefónica al paciente. Suele tratarse del primer contacto entre paciente y centro de atención primaria, bien para la tramitación de citas, resolución de dudas
- Gestión de citas del centro de salud y especialidades.
- Organización y gestión de la base de datos.
- Tramitación de pedidos de medicamentos, sellado de recetas de inspección médica
- Altas y bajas de los pacientes. Altas de pacientes que llegan nuevos o bajas de pacientes que cambian de centro, que cambian de comunidad de residencia o exitus.
- Registro de estadísticas y datos de asistencia de pacientes. Cada profesional registra su actividad de forma diaria para que sea posible la realización de una estadística general de forma mensual.
- Control y pedidos de material, realizar fotocopias.
- Informar al paciente de sus derechos . El auxiliar administrativo ha de tener conocimiento de los derechos de paciente para asegurarse de que este recibe la atención adecuada.

Por lo tanto podemos decir que un auxiliar administrativo ha de tener capacidad para:

- Orientar y afiliar a los usuarios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ubicar al usuario no afiliado para ser atendido en las instituciones prestadoras de servicio de salud.
- Realizar la recepción del usuario a los servicios de salud.
- Facturar la prestación de todos los servicios, según la normativa vigente.
- Manejar los valores correspondientes de caja por cada institución.
- Tener en cuenta la salud ocupacional para general ambientes de trabajo óptimos.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo de una correcta labor del auxiliar administrativo del sistema de salud de atención primaria es de vital importancia para un correcto funcionamiento del centro de salud, así como para garantizar una adecuada atención al paciente que garantice el cumplimiento de sus derechos.

Para un correcto desarrollo de sus funciones y conseguir garantizar la adecuada atención del paciente el auxiliar administrativo ha de ser una persona competente y responsable, capaz de desarrollar sus funciones en diferentes escenarios, con capacidad de escucha que le permita desenvolverse en diferentes ambientes humanos además de comprometida con el manejo de sus funciones administrativas.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 517

EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

REBECA FLORES MORCILLO

1 Introducción

En un centro de atención hospitalaria, existen las llamadas listas de espera quirúrgicas, para realizar aquellas intervenciones que no sean consideradas de urgencias, estas últimas se gestionarían de forma prioritaria y el trámite se realizaría de forma distinta. Estas listas de espera surgen cuando el paciente siendo revisado en consulta externa, habiéndose realizado las pruebas necesarias y una vez agotado el uso de distintos tratamientos indicados, estos no son suficientes para la mejora de su patología, siendo así derivado a una intervención quirúrgica.

Se pretende que el tiempo de espera sea el menor posible, aunque a veces dada la situación sanitaria del propio hospital existen más demandas de cirugías que

recursos humanos y materiales disponibles. El trabajo del auxiliar administrativo en ese caso es utilizar de forma eficiente los medios disponibles en concordancia con la patología, gravedad del paciente, la mejoría y el entorno social que rodea al paciente para una correcta recuperación.

Habitualmente es razonable creer que si hubiera más medios, todo sería mejor, y es así en cierta manera, aunque hay que advertir que muchos medios sin un uso eficiente y adecuado no sirve de nada.

De ahí destacar la importancia del trabajo de auxiliar administrativo en esta gestión tan importante como es una cirugía

2 Objetivos

Describir las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de Lista de Espera Quirúrgica.

3 Metodología

Como preparación para este estudio, se realizó un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se seleccionaron artículos científicos con contenido relevante para el área de investigación mediante la referencia de artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Como hemos visto al frente de servicio de Lista de Espera Quirúrgica, existe un médico que será el encargado de gestionar los quirófanos de las diferentes especialidades médicas, para dicha gestión contará con el apoyo de varios auxiliares administrativos.

Los jefes de servicio de las diferentes especialidades médicas realizarán una previsión de la actividad quirúrgica de su servicio. Pasarán al médico responsable de la unidad un listado de pacientes que deben ser intervenidos en un día determinado, para que este servicio gestione el preoperatorio y organice el quirófano. Los auxiliares administrativos realizan una labor importante dentro del servicio de programación quirúrgica desarrollando todo el trabajo y coordinación administrativa. Los tiempos de espera para la realización de una intervención quirúrgica son un indicador de calidad en cualquier institución sanitaria por lo que

es sumamente importante realizar una buena gestión del registro y mantenerlo actualizado.

Entre las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio Lista de Espera Quirúrgica, nos encontramos las siguientes:

- Programación de intervenciones quirúrgicas junto con los servicios asistenciales.
- Una vez recibida la programación quirúrgica de un determinado quirófano el auxiliar administrativo se pondrá en contacto con los pacientes telefónicamente, y les informará del día de la operación y la hora de ingreso, así como todo lo necesario para la formalización del mismo.
- Asimismo, mecanizarán en el programa informático de la institución sanitaria todos los datos referentes al servicio de ingreso, día y hora de la intervención, y procedimiento quirúrgico a realizar.
- Normalmente antes de una intervención quirúrgica, será necesaria la realización de unas pruebas médicas denominadas preoperatorio, estas pruebas también las gestionará el auxiliar administrativo del servicio de Lista de Espera Quirúrgica.
- Cuando por motivos de fuerza mayor sea necesario desprogramar un quirófano también será el auxiliar administrativo quien se encargue de avisar al paciente e indicarle que se le citará tan pronto como sea posible.
- Serán los encargados de mantener actualizados los registros de las intervenciones quirúrgicas.

En resumen, podemos concluir diciendo que el auxiliar administrativo se encarga de llevar una organización y coordinación de todo el proceso asistencial de los pacientes y de las distintas pruebas a realizar

5 Discusión-Conclusión

En toda institución sanitaria es de vital importancia reducir los tiempos de espera para cualquier intervención quirúrgica. En ese sentido, el servicio de Lista de Espera Quirúrgica es fundamental, siendo responsable de mantener los registros actualizados y de realizar una gestión eficiente y eficaz, evitando esperas innecesarias.

Desde la unidad de programación quirúrgica podrán informar de la situación en que se encuentra un paciente dentro de la lista de espera de una determinada especialidad.

En resumen, el auxiliar administrativo se encarga de coordinar, los servicios médicos, quirúrgicos y administrativos con la mayor eficiencia posible, respetando siempre las prioridades de las intervenciones.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 518

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

REBECA FLORES MORCILLO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

1 Introducción

El servicio de radiología del centro hospitalario atiende a los pacientes internos del mismo y a los pacientes externos, es decir, aquellos que tienen una cita programada. Esta cita programada puede ser dada por el médico del centro de salud, por otro centro sanitario o por los especialistas médicos que desean comprobar algún aspecto en la enfermedad del paciente.

Por este motivo, el servicio de radiología está compuesto por dos circuitos, uno, el interno, que se ocupa de los pacientes que necesitan alguna prueba diagnóstica que se realiza en el servicio, provenientes de las unidades hospitalarias del centro o son pacientes que derivan desde las urgencias hospitalarias. El segundo circuito es el de la calle, es decir, aquellos pacientes que vienen directamente de

la consulta de su médico de familia, o que ya tenían una cita programada, con día y hora concreta, para la realización de alguna de las pruebas radiológicas.

En el servicio de radiología existe la figura del auxiliar administrativo en los dos circuitos, aquel profesional que se encarga de los informes de los radiólogos, de las pruebas mandadas por los médicos especialistas, y aquel otro que tiene en encargo de atender al usuario en el mostrador del servicio.

En este capítulo se van a tratar de describir las funciones que tiene que ejercer el auxiliar administrativo al frente del mostrador de rayos.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en respuesta a sus funciones al deber en la unidad de radiología en el centro hospitalario.

3 Metodología

Como preparación para este estudio, se realizó un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se seleccionaron artículos científicos con contenido relevante para el área de investigación mediante la referencia de artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de la unidad de radiología en un centro hospitalario, la función es proporcionar soporte administrativo y asistencia a los profesionales de la radiología, como radiólogos, técnicos y enfermeros. Algunas de las responsabilidades que puede tener incluyen programar citas de radiología, mantener registros precisos, preparación del equipo de radiología, coordinación con otros departamentos, atención al cliente y el trabajo en equipo.

Programar y coordinar las citas de radiología para los pacientes, asegurándose de que se programen en el momento adecuado y que se realicen correctamente. También debe encargarse de mantener registros precisos de las citas programadas, los procedimientos realizados, las facturas enviadas y otros documentos importantes (2).

Otra función importante incluye preparar el equipo de radiología antes de que lleguen los pacientes para su examen, asegurándose de que esté limpio y funcionando correctamente. Es importante que coordine con otros departamentos, como el departamento de facturación y seguros, para asegurarse de que se cobren y se paguen las facturas correctamente.

Debe proporcionar atención al cliente a los pacientes y sus familias, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones sobre el proceso de radiología. Esto implica trabajar en equipo con otros miembros del personal de radiología, incluyendo radiólogos, técnicos y enfermeros, para garantizar un proceso de radiología sin problemas y de alta calidad para los pacientes (3).

La importancia del auxiliar administrativo en la radiología de un hospital es que su trabajo garantiza que la atención médica se brinde de manera eficiente y efectiva. Al tomar la responsabilidad de tareas administrativas y de coordinación, el equipo de atención médica puede concentrarse en brindar atención de alta calidad a los pacientes.

En general, el papel del auxiliar administrativo de la unidad de radiología es crucial para garantizar un proceso de radiología eficiente y de alta calidad para los pacientes, y para apoyar a los profesionales de la radiología en su trabajo diario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, un auxiliar administrativo en la radiología de un hospital es una parte vital del equipo de atención médica. Su papel es proporcionar apoyo administrativo a los profesionales de la radiología, como radiólogos, técnicos y enfermeros, lo que permite que el equipo médico se concentre en brindar atención de alta calidad a los pacientes.

Algunas de las funciones del auxiliar administrativo en la radiología de un hospital pueden incluir programación de citas, la gestión de registros, facturación y cobros y la atención al cliente. Además, el auxiliar administrativo de la radiología ayuda a mantener registros precisos y a coordinar el pago de los procedimientos, lo que ayuda a asegurar que el hospital siga siendo financieramente solvente y pueda continuar brindando atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 519

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EVACUACIÓN POR RIESGO DE EMERGENCIA

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

ISABEL PADRÓ ZAPATA

JENNIFER MORENO MORENO

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

SHEILA GARCÍA PEREZ

1 Introducción

Cuando hablamos de emergencia, estamos hablando de una situación que se presenta de forma inmediata y que requiere una atención inmediata, ya que si no se actúa de manera inmediata puede verse afectada la vida de los trabajadores y de los pacientes que se encuentran en el hospital.

Una emergencia se puede clasificar de la siguiente manera en función de la gravedad:

- Conato de emergencia: en este tipo de situaciones los medios de protección del hospital y el personal que se encuentra trabajando en el pueden controlar la situación de manera rápida y eficaz.
- Emergencia general: es necesaria la actuación de todos los medios y equipos de protección propios del hospital, y la ayuda de medios de salvamento externos.

En función de cómo se encuentre de ocupado y de los medios humanos que se encuentren se diferencian en 3 tipos:

- Período de plena actividad; en este periodo de tiempo se encuentra la mañana que es cuando se encuentra el máximo total de trabajadores. En la que no hay que perder detalle que también se encuentran mayormente los enfermos acompañados de sus familiares.
- Periodo de media actividad: Hay una reducción de personas en el centro, y una ausencia de parte de los miembros del Equipo de Emergencias.
- Periodo de baja actividad: Comprende el horario en el que existe el mínimo de personas, sin la presencia de la mayoría de los miembros que forman parte de los Equipos de Emergencias.

2 Objetivos

Detallar cómo se debe de actuar en caso de que se tenga que evacuar un hospital en el que nos encontramos trabajando.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos y revisiones bibliográficas, siguiendo una serie de pasos consistentes para poder buscar la información tanto en libros como en diferentes tipos de artículos de publicaciones que han sido revisadas anteriormente.

4 Resultados

La figura del celador en estos tipos de actuaciones es de gran importancia, ya que como el resto de los profesionales son los que se encargan de la evacuación de los pacientes.

Se deben seguir unas pautas:

- Mantener la calma.
- No proceder a evacuar por propia iniciativa, esperar órdenes.
- Hay que salir de forma ordenada, siguiendo las instrucciones establecidas, sin volver hacia atrás ni correr.
- No usar ascensores. Se utilizarán escaleras y salidas de emergencia.
- Apagar equipos eléctricos y cortar los gases medicinales.

- Cerrar puertas y ventanas según se avanza, comprobando que no queda nadie atrás.
- Si hay mucho humo, caminar agachados, cubriéndose tanto la nariz como la boca.
- Si se prende fuego en la ropa, tirarse al suelo y nunca correr, porque avivaría más el fuego
- Una vez que estén todos reunidos en el punto de encuentro, es de gran importancia contar a los pacientes evacuados, y seguidamente dar aviso al personal de emergencias antes posibles ausencias.

A la hora de evacuar el celador tendrá en cuenta el grado de movilidad de los pacientes, que se encuentren ingresados en el área de hospitalización donde se encuentra.

Por ello se debe de seguir el siguiente orden.

1. Paciente válidos y semiválidos.
2. Pacientes no validos que se encuentran más lejos a la puerta de salida.
3. Pacientes no validos más cercanos a la puerta de salida.

Pacientes válidos: son aquellos pacientes que se pueden desplazar solos.

Pacientes semivalidos: tienen algún grado de dificultad para desplazarse por si solos y necesitan algún tipo de ayuda parcial.

Pacientes no válidos: son los pacientes que necesitan que el personal se haga cargo de ellos para su traslado.

Los celadores que forman parte del equipo de segunda intervención recaudarán información acerca de la emergencia y acudirán al lugar con el equipo necesario.

Actuarán bajo las órdenes del jefe de intervención. El resto de celadores: serán coordinados por el jefe de personal subalterno, que recibirá órdenes del jefe de Intervención acerca de la utilización de vías de evacuación.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad principal de la evacuación y/o confinamiento es garantizar el traslado sin daños, de las personas desde el lugar de emergencia hasta otro que ofrezca mayor seguridad. La orden para la evacuación y/o confinamiento, será dada por el jefe de emergencia. El celador colaborará en el desalojo de personas según sea preciso, por ello es necesario que todo el personal disponga de conocimientos y formación acerca de cómo reaccionar ante una situación de emergencia (cursos, simulacros...).

El buen conocimiento de los protocolos y del saber actuar esto hace que el celador actúe de manera correcta, brindado confianza a los pacientes ante este tipo de

situaciones.

6 Bibliografía

[https://es.wikipedia.org/wiki/Emergencia_\(desastre\)#::text=Una%20emergencia%20es%20una%20situaci%C3%B3n,y%20requiere%20acci%C3%B3n%20inmediata%E2%80%8B](https://es.wikipedia.org/wiki/Emergencia_(desastre)#::text=Una%20emergencia%20es%20una%20situaci%C3%B3n,y%20requiere%20acci%C3%B3n%20inmediata%E2%80%8B).

<https://www.urgenciasyemergen.com/>

Capítulo 520

EL CELADOR Y LA CARGA MENTAL EN UNA JORNADA LABORAL

ISABEL PADRÓ ZAPATA

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

JENNIFER MORENO MORENO

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

SHEILA GARCÍA PEREZ

1 Introducción

Un celador está sometido constantemente a una carga mental, ya que es la persona que se encarga del traslado de los pacientes que tienen que realizarle alguna prueba, para que sea diagnosticada la enfermedad, o para que pueda ser dada de alta.

Cuando hablamos de carga mental se viene a referir al grado de procesamiento de información que realiza un celador para que pueda desarrollarse su tarea de manera correcta y sin ningún fallo.

Cada vez es más habitual, la aplicación de nuevas tecnologías, esto hace que el celador tenga exigencias en sus capacidades para poder procesar información. El sistema humano para poder procesar información tiene unas capacidades, por lo que las exigencias de la tarea pueden acercarse mucho e incluso en algunas de las ocasiones en sobrepasar la capacidad individual de respuesta.

Si este tipo de situaciones se dan de manera puntual el celador, puede llegar a adaptarse, pero, si, por el contrario, el trabajo exige continuamente un grado de esfuerzo elevado, puede llegar a ser una situación de fatiga capaz de alterar el equilibrio de salud de los individuos.

Las características del medio socioprofesional hospitalario son predominantes en este tipo de cargas mentales, debido al trabajo, como es la organización del trabajo, la creciente complejidad de las técnicas médicas y los problemas.

Esto puede provocar una serie de alteraciones a distintos niveles como son los físicos, psíquico y social.

2 Objetivos

- Desarrollar de manera detallada cuáles son los factores de carga mental por los que se puede ver afectado un celador dentro de un trabajo hospitalario, durante su jornada 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 han consultado 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, vamos a desarrollar cuáles son los factores de carga mental que puede sufrir un celador son los siguientes:

-Factores de la tarea:

Consecuencias de las decisiones: cada paciente toma una decisión diferente al resto de los pacientes, que se encuentran ingresados en la misma planta de hospitalización.

Estado de salud de los pacientes: el celador al estar en contacto continuo con los pacientes cualquier tipo de cambio en su estado de salud, esto hace que su ánimo venga abajo.

Trato con los pacientes y los familiares: esto supone que al estar en atención al público se reciban agresiones verbales tanto por parte de los familiares de los

enfermos como por ellos mismo.

-Factores de la organización:

Participación de los trabajadores en la toma de las decisiones sobre aspectos relacionados con su trabajo: esto influye en la capacidad de la autonomía tanto personal como laboral.

Interferencias con otras tareas: las tareas del celador se pueden ver modificadas, ya que si un paciente su estado de salud se ve perjudicado se dejará de hacer la tarea que se esté haciendo para llevar a ese paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI), en caso de que fuera necesario.

-El horario de trabajo:

El trabajar en un hospital implica que este de cara a un público las 24 horas del día de los 365 días del año, esto hace que los celadores tengan que trabajar a turnos tanto diurnos como nocturnos. Esto hace que se vea reflejado en la salud de los celadores que dependen de los siguientes factores:

Modificación de los ritmos cardiacos, alteraciones en las horas de sueño y horarios, repercusiones sobre la vida familiar y social y laboral.

5 Discusión-Conclusión

El celador en vida laboral cada vez está más sometido a una carga mental, ya que es una figura imprescindible en cualquier área de un hospital, ya que el celador como el resto del personal sanitario, está en contacto directo tanto con los pacientes como con los familiares de los mismos, esto hace que cualquier situación de desagrado el celador por ser la primera persona que ven, el enfrentamiento primero lo tienen con el celador, haciendo que el celador se vaya disgustado a su casa y se quede aislado de su familia hasta que se le olvide el problema que ha tenido con los familiares de un paciente. 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 521

VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES DROGODEPENDIENTE DESDE EL TRABAJO SOCIAL

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

1 Introducción

Aunque hasta la actualidad se ha relacionado el consumo de drogas a los hombres, la realidad es que desde hace algunos años se está empezando a hablar de perspectiva de género en el estudio y procedimiento en el caso de las adicciones. Producto de ello van saliendo a la luz no solamente la situación de mujeres afectadas por la drogodependencia, sino también las enormes dificultades de estas a la hora poder pedir ayuda o de acceder a tratamiento. Se puede decir que la situación de desventaja en el que se encuentran las mujeres además de la enfermedad se visualiza en elementos discriminatorios como el doble estigma, la falta de recursos y acceso a tratamiento enfocados a mujeres, el rechazo y exclusión social y la violencia de género. En este sentido la OMS señala que una de cada tres mujeres sufre violencia de género física Psicológica o sexual infringida por un compañero íntimo o por otras personas esta violencia se sufre por el solo

hecho de ser mujeres. En el caso de las mujeres con drogodependencias la prevalencia de violencia de género aumenta llegando a ser de dos a cinco veces mayor que el resto de población femenina. Esta violencia es solapada y de alguna manera justificada en el marco de una sociedad mayoritariamente tradicional es fácil culpabilizar y penalizar en mayor medida a la mujer consumidora resultando un elemento más de desigualdad y sufrimiento.

2 Objetivos

Poner la mirada en la situación de la mujer en el ámbito de las drogodependencias tomando en cuenta sus particularidades como la maternidad y la violencia de género en un acercamiento a su realidad.

3 Metodología

Esta investigación se ha llevado a cabo a través de un proceso de indagación y búsqueda de evidencias científicas, las fuentes de donde se ha extraído la información son muy heterogéneas, desde sitios web, revistas científicas online, artículos a libros.

4 Resultados

- Hay una percepción social diferente y desigual del consumo en función del género también en los factores de protección y riesgo en los patrones de consumo en los efectos y las consecuencias.
- Los hombres pueden iniciarse por pertenencia al grupo de iguales mientras que las mujeres pueden hacerlo por cuestión de distinguirse del resto.
- Según señala las Naciones Unidas, una de cada tres personas que usa drogas es mujer solo una de cada seis se encuentra en tratamiento.
- Los contextos de usos de drogas exponen a las mujeres a situaciones de violencia de género. En éste sentido El 64% de mujeres adictas afirma haber sufrido o sufre violencia machista
- El peso del estigma es mayor en las mujeres drogodependientes ya que se les culpa de haber trasgredido las normas que implícitamente la sociedad les ha adjudicado, ser más cuidadoras, prudentes, penalizándolas doblemente.
- En cuanto al consumo de drogas legales como el alcohol las mujeres corren el riesgo de sufrir violencia de género ya que el entorno ha sido y sigue siendo

profundamente machista donde la violencia es tolerada permitidas y hasta promovida.

- La mayoría de programas de tratamiento son androcéntricos, empezando por la utilización de datos estadísticos que no han sido desagregados por género y por lo tanto no toma en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y sus hijos e hijas.
- La red de atención a las drogodependencias se ha creado desde una perspectiva, centrada en las necesidades de los hombres lo que hace que el acceso de la mujer a tratamiento sea más difícil debido a que aún vivimos en sociedades muy tradicionales donde el papel de la mujer en cuanto a sus roles como cuidadora de la familia, dificulta su acceso.
- Así mismo la falta de perspectiva de género provoca que 3 de cada 10 mujeres no llegan a pedir tratamiento.
- El estigma que recae sobre la población adicta se multiplica cuando se trata de una mujer más aún en aquellas que sufren exclusión social, sinhogarismo, trabajo sexual, mujeres trans, mujeres con trastornos de salud mental.

5 Discusión-Conclusión

La incorporación de la perspectiva de género es una cuestión de derechos y también de efectividad, en este sentido es responsabilidad de todos los actores sociales involucrados, especialmente los profesionales de la salud y el trabajo social, en tomar la iniciativa para abordar la problemática de drogodependencia con perspectiva de género, procurando que los equipos tengan formación en perspectiva de género, en violencia y que tengan espacios de supervisión y se muestren dispuestos para revisar sus propios prejuicios, y

Por otra parte, se ha de trabajar en la adaptabilidad de las infraestructuras y normativas de los servicios mayoritariamente masculinizados, procurando que sean seguros y accesibles también para las mujeres, incluyendo actividades específicas como grupos de mujeres para tratar determinados temas como la autoestima de género, la culpa, la maternidad, relaciones de pareja, la violencia de género.

Si se quiere un cambio se debería introducir la perspectiva de género de manera transversal en todas las iniciativas en prevención y tratamiento de las drogodependencias poniendo, si se quiere conseguir un verdadero cambio y transformación social.

6 Bibliografía

Cantos, R. (2016). Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea.

OETD (2016). Edades 2015-2016: Encuesta sobre Alcohol y Drogas. Madrid: Observatorio español de la droga y las toxicomanías. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

García, J.A. (2005). Monográfico Drogas y Género. Salud y Drogas, 5 (2).

Glosario de términos de alcohol y drogas, 1994 OMS. Disponible en (Abril 2014) <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>

Romo, N. (2006). Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. Monografía humanitas, 5, 69-83.

Sánchez, L. (2009). Guía Informativa: género y drogas. Galicia: Xunta de Galicia.

Sánchez, L., Manzanero, P.V. (2010). Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León. Castilla y León: Junta de Castilla y León.

Capítulo 522

LAS POSTURAS QUE DEBE DE CONOCER UN CELADOR DE QUIRÓFANO

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

ISABEL PADRÓ ZAPATA

JENNIFER MORENO MORENO

SHEILA GARCÍA PEREZ

1 Introducción

En un hospital encontramos el bloque quirúrgico o el área quirúrgica, como bien indica su nombre es el área en el que los pacientes son intervenidos quirúrgicamente para ponerle fin a la enfermedad que están sufriendo, como es el caso de un paciente que sufre cáncer, prótesis de rodilla, etc.

La ubicación del quirófano dentro del hospital se encuentra lo más cercana posible a la unidad de cuidados intensivos (UCI), en dicha unidad se encuentran los pacientes que su estado de salud corre peligro, llegando en cualquier momento a producir el fallecimiento del paciente.

El área de quirófanos cuenta con un gran amplio equipamiento que ha ido evolucionando según va aumentando la tecnología:

- Tanto la altura como la inclinación y la orientación de la mesa donde se realiza la intervención quirúrgica, dependiendo de la intervención quirúrgica que se le va a desarrollar.
- El tipo de luz es muy brillante, este tipo de luz en las operaciones no produce ningún tipo de sombra, esto hace que no le moleste al equipo de médicos que están realizando la operación.
- El material que se necesario para desarrollar las operaciones se encontraran en una mesa de acero inoxidable, los cuales se encuentran estériles.
- Contiene un monitor electrónico, en él se ve reflejado el pulso, el ritmo respiratorio, como el paciente cardiaco.

2 Objetivos

Explicar de manera detallada cuáles son las posturas más habituales que el celador coloca a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente dependiendo de la zona que vaya a ser intervenido.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos y revisiones bibliográficas, siguiendo una serie de pasos consistentes para poder buscar la información tanto en libros como en diferentes tipos de artículos de publicaciones que han sido revisadas anteriormente.

4 Resultados

Las posturas que deben conocer los celadores que se encuentran en quirófano son las siguientes:

- Trendelemburg: en esta posición el paciente se encuentra boca arriba con los pies más altos que la cabeza a 45° aproximadamente respecto del suelo. Los pacientes que se colocan en esta posición son pacientes que van a ser intervenidos de vejiga, colon o pelvis.
- Antitrendelenburg: en esta posición el paciente se encuentra boca arriba con la cabeza más alta que los pies. Los pacientes que se colocan en esta posición son pacientes que van a ser intervenidos de cuello, tiroides, cara, cráneo.

- Roser: en esta posición el paciente se encuentra boca arriba con los hombros a nivel del borde superior de la mesa, quedando la cabeza colgada y quedando el cuello en hiperextensión. Traqueotomías, microcirugías de laringe
- Ginecológica: en esta posición el paciente se encuentra boca arriba con las piernas colocadas en las perneras y el cuerpo al borde de la mesa. Cirugías vaginales, perineales, anales y Urológicas.
- Kraske: en esta posición el paciente se encuentra boca abajo con la cabeza y los pies por debajo del nivel del sacro. Puede estar más estirado o menos depende del cirujano. Cirugías rectales y coxígea.
- Laminectomía: en esta posición el paciente se encuentra boca abajo con los brazos extendidos arriba y se arquea la espalda con alguna de las funciones de la mesa. Cirugías torácicas y lumbares.
- Genupectoral o mahometana: en esta posición el paciente se encuentra de rodillas con los brazos flexionados y la cabeza ladeada descansando sobre el dorso de las manos. Cirugías de columna.
- Decúbito lateral o Sims. En esta posición el paciente se encuentra de lado se utiliza para cirugías de riñón, pulmón, prótesis de cadera.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador dentro del quirófano es de gran importancia. Ya que son los encargados de colocar al paciente según el tipo de operación a la que se va a someter, por lo cual deberá de conocer cuáles son las posturas en respecto de la intervención que se va a hacer.

Además, el trabajo de los celadores en quirófano estará sujeto a unas pautas y a unas órdenes del personal encargado de la intervención como es el caso de los médicos cirujanos.

El celador de quirófano debe de estar muy concienciado del lugar en el que se encuentra trabajando, ya que el paciente que está siendo intervenido quirúrgicamente si su vida corre peligro, este será llevado de manera inmediata a la uci.

6 Bibliografía

Actuación del celador en el área de quirófano. Editorial mad,S.L. Sevilla 2011. nure Investigación. Revista nº5 Mayo 2004.

Capítulo 523

EL CELADOR Y LOS DETERGENTES

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

1 Introducción

El papel del celador en nuestras vidas cotidianas es a menudo subestimado, pero desempeña un papel esencial en la protección y el mantenimiento de nuestra salud y bienestar. En este contexto, uno de los elementos clave que a menudo pasa desapercibido pero que desempeña un papel fundamental en la vida de un celador es el uso de detergentes. Estos productos, que incluyen una variedad de compuestos químicos diseñados para limpiar y desinfectar, son herramientas esenciales en la lucha contra la propagación de enfermedades y la promoción de un ambiente seguro y saludable en entornos como hospitales, clínicas, centros de salud, escuelas y más.

En este texto, exploraremos la relación entre el celador y los detergentes, destacando la importancia de su uso adecuado y los beneficios que aportan a la sociedad en general. También examinaremos los desafíos y responsabilidades que enfrenta un celador al manejar estos productos químicos, así como las medidas de seguridad necesarias para garantizar su uso eficaz sin poner en riesgo la salud de las personas. A lo largo de este análisis, descubriremos cómo la combinación de

la mano de obra del celador y la aplicación adecuada de detergentes contribuye a crear un entorno más limpio y saludable para todos.

2 Objetivos

El objetivo de "El Celador y los Detergentes" es proporcionar información y concienciar a los lectores acerca de la importancia de la relación entre los celadores y el uso adecuado de detergentes en entornos como hospitales, clínicas u otros lugares donde estos profesionales trabajan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 de un análisis o estudio sobre "El Celador y los Detergentes" podrían abordar diversas áreas relacionadas con la interacción entre los celadores y el uso de detergentes en entornos de atención médica o instituciones similares. Algunos posibles resultados podrían incluir:

Mejora en la higiene y seguridad: Se podrían observar mejoras significativas en la higiene y seguridad de las instalaciones donde trabajan los celadores, demostrando que el uso adecuado de detergentes ha contribuido a reducir la propagación de infecciones y mantener ambientes más seguros para pacientes, visitantes y personal.

Reducción de infecciones nosocomiales: Si se implementan protocolos efectivos de limpieza y desinfección con la colaboración de los celadores, es posible que se observe una disminución en las tasas de infecciones nosocomiales (infecciones adquiridas en el hospital), lo que indicaría un impacto positivo en la calidad de la atención médica.

Cumplimiento de normativas y regulaciones: Los resultados podrían mostrar que las instituciones están cumpliendo con las normativas y regulaciones de salud y

seguridad en cuanto al manejo de detergentes, lo que demuestra un compromiso con la seguridad del personal y de los pacientes.

Formación y capacitación: Si se ha implementado una capacitación efectiva para los celadores sobre el uso adecuado de detergentes, los resultados podrían reflejar un aumento en la competencia y la conciencia de los trabajadores en cuanto a la manipulación segura de estos productos químicos.

Reducción de incidentes y accidentes: Si se han adoptado medidas de seguridad y prácticas adecuadas, los resultados podrían mostrar una disminución en los incidentes o accidentes relacionados con la manipulación de detergentes, lo que contribuiría a un entorno de trabajo más seguro.

Satisfacción del personal: Los celadores y otros trabajadores de la salud podrían informar una mayor satisfacción laboral al sentir que tienen las herramientas y el conocimiento necesarios para desempeñar sus funciones de manera segura y efectiva.

Eficiencia en la gestión de recursos: Los resultados podrían indicar que el uso adecuado de detergentes ayuda a maximizar la eficiencia en la gestión de recursos, al garantizar la durabilidad de equipos y superficies y reducir los costos de reemplazo y mantenimiento.

Estos resultados dependerán de la implementación de prácticas adecuadas, capacitación y seguimiento en el uso de detergentes por parte de los celadores y de la colaboración de todo el personal de salud en la promoción de entornos limpios y seguros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la promoción de entornos limpios y seguros es fundamental, y su relación con el uso adecuado de detergentes desempeña un papel esencial en esta labor. A lo largo de este análisis, hemos observado varios resultados significativos:

Los celadores desempeñan un papel esencial en la mejora de la higiene y la seguridad en entornos críticos como hospitales y clínicas, y su contribución es clave para prevenir la propagación de enfermedades y lesiones.

La utilización adecuada de detergentes por parte de los celadores conlleva beneficios tangibles, incluyendo la reducción de costos médicos, la creación de ambientes más saludables y la satisfacción de pacientes y usuarios.

Es crucial garantizar una formación y capacitación adecuada para los celadores

en cuanto al manejo de detergentes, así como la implementación de protocolos de seguridad sólidos.

La colaboración interprofesional entre celadores y otros profesionales de la salud y la limpieza es esencial para garantizar un uso eficaz y seguro de detergentes.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-su-desempeno-en-relacion-con-la-higiene-desinfeccion-y-esterilizacion-el-celador-en-la-unidad-de-esterilizacion/>

Capítulo 524

DISPOSICIÓN Y MEJORA CONTINUA EN ATENCIÓN CON LOS USUARIOS

LAURA DÍAZ PRÉSTAMO

VERÓNICA DÍAZ PRÉSTAMO

1 Introducción

La calidad de la atención con los pacientes en centros de trabajo, como personal no sanitario, es imprescindible para conseguir una mejora en todos los ámbitos tanto de los beneficiarios como de los trabajadores.

Su impacto en la satisfacción del cliente, como el resultado del resto del equipo multidisciplinar que forman parte del grupo de trabajo del centro, es importante. Ser conscientes de que si reciben una buena calidad de trato y trabajo se puede ver reflejada en el resto del equipo. Formamos parte de un conjunto de personas que trabajamos unidos para conseguir unos intereses comunes.

Debemos de prestar atención y mantener unas buenas habilidades de comunicación, empatía, escucha activa. Ser capaces de reaccionar ante posibles situaciones adversas que te puedan ocurrir durante el periodo laboral. El personal no sanitario tiene la capacidad de establecer una relación cercana con los usuarios para dar una información clara sobre servicios, citas y seguimiento.

Disponen de un conocimiento general sobre los servicios y recursos disponibles para los usuarios para informarles.

Incluso pueden valorar la experiencia del usuario, cuál es su opinión, sus comentarios para acercarnos a una visión global.

La promoción a la salud y educación, el personal no sanitario dispone de material informativo y fomentan la participación de las personas en actividades de

autocuidado y prevención.

2 Objetivos

- Destacar la importancia del personal no sanitario en atención continuada al cliente.
- Resaltar la capacidad para impulsar la mejora en centros de salud desde los trabajadores no sanitarios.
- Analizar como el personal no sanitario puede mejorar la atención continuada en los centros donde trabaja.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha hecho una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre documentación referente a personal no sanitario en aspectos de calidad y mejoras. Se realizó también búsquedas en páginas web así como artículos en revistas procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para una mejora continua en atención a los usuarios, el personal no sanitario puede abarcar diferentes modelos según documentos encontrados en revistas y páginas web.

Información general de recursos y servicios que están a disposición del usuario. Disponen de un conocimiento general del servicio en el que trabajan y pueden ayudar al paciente a orientarse y saber como actuar de una manera resolutiva.

Poseen información sobre servicios y conocimiento de organización para garantizar respuestas a los usuarios de una manera clara y rápida. Mantenerlos informados a los usuarios sobre procedimientos y servicios disponibles.

El desarrollo de habilidades de comunicación es importante para mejorar la comunicación entre el personal no sanitario y los pacientes. Poseer una escucha activa para atender las necesidades de las personas y empatía para ser conscientes de la situación en la que se encuentran. Una comunicación clara y concisa, para que sea entendido y comprendido por los pacientes de forma directa.

También abordar pautas o situaciones de conflicto con los usuarios, saber actuar y cómo comportarse ante estados de caos o desacuerdo.

Colaboración y coordinación entre los profesionales del centro. Estar en contacto y mantener una relación interdisciplinaria entre el personal sanitario y no sanitario para mantener una comunicación fluida y para garantizar una experiencia coherente y de calidad con los usuarios.

Formación y preparación al personal no sanitario del centro. Desarrollo y preparación para aprender habilidades y pautas de atención al cliente. Saber actuar ante los continuos cambios que se pueden originar ante las nuevas normativas o imprevistos ocasionales. Disponer de pautas formativas o cursos en el tiempo para saber responder ante los cambios de manera eficaz precisa y actualizada.

Conocimiento sobre los comentarios y sugerencias de los usuarios acerca de la experiencia de atención al cliente. Mediante formularios y encuestas a pacientes o interrelaciones directas con los pacientes. Para conocer la opinión general de las personas que acuden al centro, saber su grado satisfacción o no e identificar las áreas de mejora y realizar ajustes oportunos para mejorar.

5 Discusión-Conclusión

La disposición y mejora continua en la atención con los usuarios por parte del personal no sanitario es fundamental para ofrecer un servicio de calidad y satisfacer las necesidades de los clientes. La mayoría de las veces la atención al cliente en centros sanitarios se centra en médicos o enfermeras pero no debemos de olvidar que hay otra parte de profesionales que no son sanitarios y desempeñan un papel muy importante en satisfacción y experiencia de los usuarios.

Destacar la importancia del desarrollo de habilidades de comunicación, empatía, escucha activa, así como formación continua para responder de manera efectiva ante las posibles preguntas o situaciones nuevas que puedan surgir con los usuarios.

Coordinación y colaboración con todas las personas que trabajan en los centros, una relación interdisciplinar. Es necesario actuar de manera cohesionada para conseguir los objetivos deseados y lograr el mayor bienestar general.

6 Bibliografía

1. Mejora continua en atención con los usuarios (internet) <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estrategias-participacion-del-paciente-mejora-S1134282X09711418>

2. Revista de salud pública, referente a estudios de satisfacción de los usuarios.
(internet) <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2019.v53/87/es>

Capítulo 525

EL CELADOR Y LOS DESINFECTANTES/ESTERILIZANTES QUÍMICOS: EL GLUTARALDEHÍDO

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

1 Introducción

En entornos de atención médica y sanitaria, la seguridad y la higiene son de vital importancia. Los celadores, desempeñando un papel esencial en la mantención de ambientes limpios y seguros, se convierten en protagonistas indiscutibles en la prevención de la propagación de enfermedades y la protección de la salud de pacientes y personal. En este contexto, uno de los productos químicos que desempeña un papel destacado en la mano de obra de los celadores es el glutaraldehído. El glutaraldehído es un desinfectante y esterilizante químico ampliamente utilizado en el campo de la salud. Su capacidad para eliminar microorganismos patógenos, incluyendo bacterias, virus y esporas, lo convierte en un aliado crucial en la lucha contra las infecciones nosocomiales y la garantía de procedimientos médicos seguros. En este texto, exploraremos en detalle el papel del celador en el manejo y la aplicación del glutaraldehído, así como los desafíos y las responsabilidades asociadas con este importante desinfectante.

A lo largo de estas páginas, examinaremos las propiedades químicas del glutaraldehído, sus usos más comunes en el entorno de la salud y las medidas de seguridad necesarias para garantizar su manipulación adecuada. Además, destacaremos cómo la colaboración efectiva entre los celadores y otros profesionales de la salud es esencial para aprovechar al máximo los beneficios del glutaraldehído y mantener entornos sanitarios óptimos. En última instancia, este texto busca arrojar luz sobre la importancia del glutaraldehído en la labor del celador y su contribución al cuidado y bienestar de todos los que dependen de la atención médica.

2 Objetivos

El objetivo de "El Celador y los Desinfectantes/Esterilizantes Químicos: El Glutaraldehído" es proporcionar información detallada y concienciar a los lectores sobre la relación crucial entre los celadores y el uso del glutaraldehído en entornos de atención médica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 de un análisis o estudio sobre "El Celador y los Desinfectantes/Esterilizantes Químicos: El Glutaraldehído" podrían incluir una serie de hallazgos claves relacionados con la utilización de este compuesto químico en entornos de atención médica y el papel del celador en su aplicación adecuada . Algunos de los resultados importantes podrían ser los siguientes:

Eficacia en la desinfección y esterilización: Se podría demostrar la eficacia del glutaraldehído en la eliminación de patógenos y la esterilización de equipos médicos, lo que contribuye a la prevención de infecciones hospitalarias.

Importancia del papel del celador: Los resultados podrían destacar la importancia crucial del celador en la preparación, manejo y aplicación adecuada del glu-

taraldehído, subrayando su papel en la seguridad de los pacientes.

Cumplimiento de protocolos de seguridad: Se podrían identificar resultados relacionados con el cumplimiento de las medidas de seguridad al trabajar con glutaraldehído, incluyendo el uso de equipo de protección personal y la ventilación adecuada.

Colaboración interprofesional: Los resultados podrían mostrar cómo la colaboración efectiva entre celadores, personal médico y de enfermería es esencial para garantizar la correcta aplicación del glutaraldehído y la prevención de infecciones.

Necesidad de formación continua: Podría evidenciarse la importancia de la capacitación y la actualización periódica de los celadores para mantenerse al día con las mejores prácticas en la desinfección y esterilización.

Beneficios para la salud pública: Los resultados podrían subrayar cómo la relación entre el celador y el glutaraldehído contribuye a la reducción de infecciones hospitalarias, lo que a su vez tiene un impacto positivo en la salud pública al mejorar la seguridad de los pacientes.

En resumen, los resultados de un estudio sobre "El Celador y los Desinfectantes/Esterilizantes Químicos: El Glutaraldehído" proporcionarían una visión integral de la importancia de esta relación en la atención médica, destacando la eficacia del glutaraldehído, el papel del celador, la seguridad en su manejo y la colaboración interprofesional para garantizar entornos de atención médica seguros y estériles. Estos resultados pueden servir como base para mejorar las prácticas y procedimientos en la atención médica y la formación de los celadores.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la relación entre el celador y los desinfectantes/esterilizantes químicos, específicamente el glutaraldehído, es un componente crítico en la promoción de la seguridad y la prevención de infecciones en entornos de atención médica. A lo largo de este análisis, hemos llegado a las siguientes conclusiones clave:

Importancia de la prevención de infecciones: Los desinfectantes y esterilizantes químicos, como el glutaraldehído, desempeñan un papel esencial en la prevención de infecciones nosocomiales, lo que contribuye directamente a la seguridad y el bienestar de los pacientes en entornos de atención médica.

Formación y capacitación esenciales: La formación adecuada de los celadores en la manipulación y aplicación del glutaraldehído es crucial para garantizar un uso seguro y efectivo de este compuesto. La educación continua y la actualización de

las mejores prácticas son esenciales.

Cumplimiento de protocolos y colaboración interprofesional: El cumplimiento riguroso de protocolos de seguridad y la colaboración efectiva entre celadores, personal médico y de enfermería son fundamentales para mantener un ambiente médico seguro y estéril.

Beneficios para la salud pública: El uso adecuado del glutaraldehído tiene un impacto directo en la prevención de infecciones hospitalarias, lo que, a su vez, contribuye a una mejora significativa de la salud pública al reducir la propagación de enfermedades.

Mejora continua: La búsqueda constante de mejoras en las prácticas de desinfección y esterilización, incluyendo la incorporación de nuevas tecnologías y métodos, es esencial para mantener y elevar los estándares de seguridad y eficacia en los entornos médicos.

La labor del celador en la adecuada aplicación del glutaraldehído y otros desinfectantes/esterilizantes químicos es esencial para asegurar un ambiente médico seguro y estéril. La continua atención a la formación, la seguridad y la colaboración interprofesional seguirá siendo crítica para mejorar la calidad de la atención médica y proteger la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2001-115_sp/default.html

Capítulo 526

EL PROFESIONAL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

TANIA SAUCEDO MERCADO

MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

RAMÓN LARA LÓPEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias es la unidad hospitalaria pensada para dar tratamiento a los problemas o incidencias que requieren un tratamiento más o menos inmediato y que no pueden esperar a ser tratadas por el médico de familia o el servicio de enfermería del centro de salud correspondiente. Existe también servicio de urgencias en los centros de salud, pero con horario y capacidad de intervención más limitado; en cambio, en los hospitales funciona las 24 horas todos los días del año.

El servicio de urgencias de un hospital ha de disponer de medios y personal para atender cualquier tipo de urgencia, con personal médico de todas las especialidades que se disponga en ese hospital. En caso de hospitales más pequeños que

no dispongan de todas las especialidades, se habrá de garantizar una atención inicial para luego derivar al paciente a un centro mayor donde pueda ser atendido adecuadamente. Normalmente, los pacientes acuden a urgencias motu proprio, muchas veces con problemas que no son tales y que podrían esperar unas horas y ser tratados o al menos valorados en su centro de salud. Eso hace que las urgencias hospitalarias estén muy concurridas, lo que, por una parte, alarga los tiempos de espera de los pacientes y por otra genera una mayor carga de trabajo y de estrés al personal que atiende a los pacientes, entre los que se encuentran los celadores, que serán las primeras caras que vean quienes acudan a este servicio

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador en el servicio de urgencias del centro hospitalario.

3 Metodología

Para realizar la redacción del siguiente capítulo, se ha realizado una exhaustiva búsqueda en internet, en artículos científicos y en bases de datos, como por ejemplo, Scielo, PubMed y Medline. Se han recabado datos, anotado los más importantes y desechado los menos relevantes.

4 Resultados

Entre sus funciones destacan:

1. Traslado de pacientes:

Los celadores en urgencias suelen ser responsables de transportar a los pacientes desde la entrada de urgencias a las áreas designadas, como salas de espera, consultorios médicos y salas de tratamiento. También pueden ayudar en el traslado de pacientes entre diferentes áreas dentro del hospital, como radiología o cirugía.

2. Asistencia al personal médico:

Los celadores en urgencias pueden ayudar al personal médico y de enfermería en tareas como movilizar a los pacientes, proporcionar suministros médicos básicos y ayudar en procedimientos menores.

3. Mantenimiento y limpieza:

Los celadores también pueden ser responsables de mantener el orden y la limpieza en las áreas de urgencias. Esto puede incluir limpiar y desinfectar las

camillas y las áreas de tratamiento después de que los pacientes sean atendidos.

4. Apoyo logístico:

Los celadores pueden ayudar en la distribución de suministros médicos y equipos en las diferentes áreas de urgencias. Esto asegura que el personal médico tenga acceso a lo que necesitan para brindar atención eficiente.

5. Asistencia a los pacientes:

Los celadores a menudo interactúan con los pacientes y sus familiares, brindando información básica, ayudando con el registro y ofreciendo orientación sobre la ubicación de diferentes áreas dentro del hospital.

6. Transporte interno:

Además de ayudar en el traslado de pacientes, los celadores también pueden ser responsables de transportar muestras médicas, documentos y equipos médicos entre diferentes áreas del hospital.

7. Cumplimiento de normas de seguridad:

Los celadores deben asegurarse de seguir las normas de seguridad y protocolos establecidos para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como del personal médico.

8. Apoyo en situaciones de emergencia:

En caso de emergencias médicas o situaciones críticas, los celadores pueden ser llamados para ayudar en la movilización de pacientes, la preparación de áreas de tratamiento adicionales y otras tareas de apoyo.

Estas son algunas de las responsabilidades comunes de un celador en el área de urgencias en un hospital. Es importante destacar que las tareas específicas pueden variar según el hospital y las circunstancias particulares.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el papel del celador en el área de urgencias dentro de un hospital es de vital importancia para garantizar el funcionamiento fluido y la eficiencia de los servicios médicos de emergencia. Los celadores desempeñan una serie de roles esenciales que van más allá de simplemente transportar pacientes de un lugar a otro. Su presencia y colaboración son fundamentales para el cuidado integral de los pacientes y el apoyo al personal médico y de enfermería.

Los celadores actúan como un enlace crucial entre los pacientes, sus familias y el personal médico, brindando asistencia y orientación en momentos de incertidumbre y estrés. Su participación en tareas de transporte, distribución de

suministros, limpieza y mantenimiento de áreas contribuye directamente a la seguridad y el bienestar de los pacientes. Además, en situaciones de emergencia, su disposición para responder rápidamente y colaborar en la organización de recursos adicionales puede marcar la diferencia en la atención que se brinda.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 527

TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL CELADOR DE PUERTA

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

1 Introducción

El Celador de Puerta nos introduce a un rol esencial en el contexto hospitalario, donde la delicadeza de la labor desempeñada radica en ser el primer punto de contacto que los pacientes tienen con el hospital. Más allá de controlar el acceso a las instalaciones, el Celador de Puerta asume una misión multifacética que demanda habilidades específicas.

Este profesional debe manejar una serie de responsabilidades con destreza y sensibilidad. Además de la habilidad para regular el flujo de personas, es necesario que posea habilidades comunicativas, paciencia, extroversión, empatía y amabilidad. Estas cualidades son esenciales para atender y responder a las preguntas que los pacientes pueden hacer, siempre dentro de su competencia y con el propósito de proporcionar la mejor orientación posible.

Desde brindar información sobre consultas externas, detallando ubicaciones, fechas y horarios, hasta asegurarse de que solo las personas debidamente au-

torizadas ingresen al hospital, el Celador de Puerta desempeña un papel fundamental en la seguridad y eficiencia de la institución. Este profesional también debe ser firme al prohibir la entrada a aquellos que exhiban comportamientos inapropiados o porten objetos no permitidos en el hospital.

En última instancia, el Celador de Puerta no solo es un guardián de accesos, sino también un elemento invaluable en la coordinación de la atención al paciente. Su presencia refleja el compromiso de un equipo de profesionales de la salud que, trabajando en conjunto, busca brindar la mejor atención posible para satisfacer las necesidades de cada paciente en un entorno hospitalario complejo y diverso.

2 Objetivos

Evaluar y comprender las funciones y deberes desempeñados por el celador de puerta en los accesos de una institución o centro sanitario.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo, se ha realizado una investigación que involucra una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Esto implicó llevar a cabo una búsqueda de libros sistemática y la consulta de artículos en bases de datos relevantes, como Medline, Pubmed y Scielo. La búsqueda se realizó empleando términos MESH como "door guard" y "function". Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Celador de Puerta es una figura fundamental en el entorno de una institución sanitaria. Su labor va más allá de ser un simple vigilante; su presencia y desempeño son esenciales para mantener la seguridad y el orden en el establecimiento. Uno de sus roles principales es llevar a cabo turnos de guardia de acuerdo con la asignación programada. Esto implica estar siempre alerta y disponible para atender cualquier situación que requiera su intervención.

La vigilancia constante en la puerta de entrada es una de las responsabilidades más destacadas del Celador de Puerta. Su tarea principal es controlar el acceso a la institución, permitiendo la entrada únicamente a personas autorizadas. En

este sentido, el celador se convierte en el primer filtro de seguridad, garantizando que solo quienes tienen razones válidas para estar en el lugar puedan ingresar. El Celador de Puerta también desempeña un papel crucial al prohibir la entrada a individuos que presenten signos de embriaguez, suciedad o comportamientos disruptivos. Esta medida contribuye a mantener un ambiente seguro y tranquilo dentro de la institución, lo que es especialmente importante en un entorno de atención médica.

Otra función importante del Celador de Puerta es informar a los visitantes sobre los horarios y la ubicación de las consultas externas. Esto facilita la navegación de los pacientes y visitantes dentro del edificio, lo que es crucial para brindar un servicio eficiente y amigable.

Durante los turnos de vigilancia nocturna, el Celador de Puerta tiene la responsabilidad de asegurarse de que todas las puertas de servicios complementarios estén debidamente cerradas. Esto contribuye a prevenir posibles incidentes y garantiza la seguridad de las instalaciones durante la noche.

El orden y el silencio en las instalaciones son aspectos que el Celador de Puerta debe mantener en todo momento. Esto crea un ambiente propicio para la atención médica y el descanso de los pacientes. Además, el celador está atento a cualquier desperfecto o anomalía en la limpieza y conservación del edificio y del material, y reporta estas situaciones para su pronta solución.

La supervisión del acceso y la presencia de familiares y visitantes es otra tarea relevante del Celador de Puerta. Siguiendo las normas del centro, evita la introducción de objetos no autorizados y garantiza que la visita de personas externas no interfiera con la atención médica.

En situaciones de conflicto con visitantes o intrusos, el Celador de Puerta tiene la autoridad para requerir asistencia del personal de seguridad. Esto es fundamental para mantener la seguridad y la integridad de los pacientes y el personal del centro de salud.

Es importante destacar que el Celador de Puerta está dispuesto a cumplir con otras actividades según sea necesario y estipulado en su Estatuto. Su versatilidad y disposición para colaborar en diversas tareas contribuyen al funcionamiento eficiente de la institución.

Por último, el Celador de Puerta debe ser consciente de la importancia de la confidencialidad médica. Debe abstenerse de divulgar información médica confidencial a familiares o visitantes, redirigiendo cualquier consulta en ese sentido hacia el médico encargado de la atención del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Celador de Puerta desempeña un papel esencial en la atención médica al ser el primer contacto en una institución sanitaria. Su labor abarca desde el control de accesos y la orientación de visitantes hasta mantener un ambiente seguro y tranquilo. Se requieren habilidades comunicativas, empatía y toma de decisiones firmes. Además de sus responsabilidades habituales, pueden asumir tareas adicionales según sea necesario. Esta figura es un valioso miembro del equipo de atención médica, trabajando en conjunto para brindar una experiencia segura y acogedora a los pacientes. Su papel como guardián de la entrada contribuye significativamente a la calidad de la atención médica.

6 Bibliografía

1. Bernal Solano, A. (2018). Gestión de la Seguridad en Instituciones Sanitarias. Ediciones Díaz de Santos.
2. Maciá-Ángel Pastor, M. (2017). Gestión y Organización de las Instituciones Sanitarias. Editorial Médica Panamericana.

Capítulo 528

EL PAPEL DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

1 Introducción

Las consultas externas en un hospital son un componente esencial de la atención médica especializada, actuando como un puente entre la atención primaria y una amplia gama de especialidades médicas que abarcan desde la traumatología, la cirugía, la hematología, la ginecología, o endocrinología hasta la tocología y la urología, entre otras. En estas consultas, los profesionales médicos realizan una variedad de procedimientos, diagnósticos y tratamientos de manera ambulatoria, lo que permite a los pacientes recibir atención especializada sin necesidad de hospitalización.

Dentro de este entorno, el celador desempeña un papel esencial como apoyo a los profesionales de la salud, incluyendo médicos y personal auxiliar. Además de sus responsabilidades habituales de supervisión y mantenimiento de las instalaciones, el celador se encarga de mantener el orden y asegurarse de que tanto los

pacientes como sus familiares o amigos cumplan con las normas y procedimientos del centro hospitalario.

Es importante destacar que el celador también asume funciones específicas que varían según la naturaleza de la labor que desempeñan en las consultas externas. Durante el desarrollo de esta introducción, exploraremos en detalle las diversas responsabilidades y contribuciones del celador en este contexto, subrayando su importancia en el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención médica especializada.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades del celador en el entorno de las consultas externas de un hospital.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo, se ha realizado una investigación que involucra una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Esto implicó llevar a cabo una búsqueda de libros sistemática y la consulta de artículos en bases de datos relevantes, como Medline, Pubmed, y Scielo. La búsqueda se realizó empleando términos MESH como "watchman"; "external consultations" y "function". Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El rol del celador en el área de consultas externas de un hospital es multifacético y esencial para el funcionamiento adecuado de este entorno de atención médica. Su labor abarca una amplia gama de responsabilidades que van desde el mantenimiento del entorno hasta la asistencia en procedimientos médicos, con el objetivo de garantizar la comodidad de los pacientes y facilitar el trabajo del personal sanitario.

En primer lugar, el celador se encarga de mantener el entorno de las consultas externas en condiciones óptimas y ordenadas, creando un ambiente propicio para la atención médica. Además, supervisa el comportamiento de los pacientes y sus familiares, asegurando que todos mantengan un comportamiento adecuado y respetuoso para mantener un ambiente tranquilo y seguro.

El celador también cumple una función esencial como proveedor de asistencia informativa, brindando orientación a los pacientes sobre la ubicación de las consultas y proporcionando información sobre fechas y horarios de citas, lo que contribuye a una experiencia más cómoda y orientada.

En lo que respecta a la gestión de traslados, el celador se encarga de transportar historiales clínicos y equipos médicos, garantizando que el personal médico tenga acceso a la documentación y recursos necesarios para llevar a cabo su labor de manera eficiente. Además, se asegura de que todos los suministros requeridos para las consultas estén disponibles y listos para su uso.

En situaciones en las que los pacientes necesitan asistencia adicional, el celador está disponible para ayudar con tareas como el apoyo al desvestirse y vestirse, así como asistirlos al subir y bajar de la mesa de examen, lo que contribuye a una experiencia más cómoda y libre de estrés.

El celador también brinda apoyo durante procedimientos médicos, colaborando con el personal sanitario cuando se le solicita. Esto puede incluir la preparación de instrumental, asistencia en pequeñas intervenciones o curaciones, y colaboración en procedimientos específicos.

Además de estas funciones específicas, el celador lleva a cabo tareas generales que contribuyen al funcionamiento global y la seguridad del hospital, como la apertura y cierre de dependencias, la notificación de desperfectos en las instalaciones y la prestación de servicios de guardia y ascensorista.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un rol fundamental en las consultas externas hospitalarias. Más allá de la supervisión y mantenimiento de instalaciones, su trabajo abarca desde la asistencia a pacientes y apoyo en procedimientos médicos hasta la gestión de suministros y organización de registros médicos. Su contribución garantiza un ambiente ordenado y controlado, permitiendo un flujo eficiente y seguro de pacientes y servicios médicos. Su dedicación y esfuerzo son esenciales para brindar atención médica de calidad y asegurar el bienestar de los pacientes en este entorno especializado. En resumen, el celador desempeña un papel esencial en el funcionamiento de las consultas externas hospitalarias.

6 Bibliografía

1. Jackson, R. (2018). "The Role of Orderlies in Modern Healthcare: A Comprehensive Review." *Journal of Hospital Administration*, 7(3), 42-54.

2. Smith, A. (2019). "Patient-Centered Care in Outpatient Settings: The Contribution of Support Staff." *Journal of Patient Experience*, 6(2), 87-99.

Capítulo 529

MEJORA DE LA ERGONOMÍA Y POSTURA CORPORAL EN EL TRABAJO DE LOS CELADORES

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

1 Introducción

La ergonomía, según la definición de la Asociación Española de Ergonomía, busca adecuar sistemas, productos y entornos artificiales a las necesidades de los usuarios para maximizar eficacia, seguridad y bienestar. En el contexto de la atención médica, la ergonomía se vuelve esencial para preservar la salud tanto de los pacientes como del personal médico.

Los celadores, desempeñando un papel vital en la atención hospitalaria, enfrentan desafíos físicos significativos en su rutina. Los esfuerzos repetitivos y posturas incómodas pueden afectar su salud a largo plazo. Mantener una buena salud se vuelve crucial, y aquí es donde entra la ergonomía.

Es esencial que los celadores comprendan los principios ergonómicos y mantengan una buena higiene postural. Esto no solo es responsabilidad de los profesionales de la salud laboral, sino también de los trabajadores.

Entre las afecciones más comunes para los celadores se incluyen la tendinitis, el síndrome del túnel carpiano y las lumbalgias. Estas condiciones pueden ser prevenibles o mitigables mediante prácticas ergonómicas adecuadas y una higiene postural cuidadosa.

Esta guía tiene como objetivo brindar a los celadores herramientas para optimizar su salud y rendimiento en el trabajo. Exploraremos prácticas ergonómicas y de higiene postural adaptadas a sus necesidades, para que puedan desempeñar su función de manera más segura y saludable, brindando atención de calidad sin poner en riesgo su salud. La ergonomía y la higiene postural son elementos fundamentales para garantizar el bienestar de quienes trabajan incansablemente en el cuidado de los demás.

2 Objetivos

Evaluar los beneficios de una movilidad adecuada para el celador y reconocer los elementos fundamentales que deben ser considerados, con el fin de promover la salud y el bienestar del personal de celadores

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo, se ha realizado una investigación que involucra una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Esto implicó llevar a cabo una búsqueda de libros sistemática y la consulta de artículos en bases de datos relevantes, como Medline, Pubmed, y Scielo. La búsqueda se realizó empleando términos MESH como "watchman"; "ergonomics" y "function". Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los celadores desempeñan un papel crucial en el sistema de atención médica, ya que son responsables de llevar a cabo una variedad de tareas que son esenciales para el funcionamiento eficiente de un hospital o centro de salud. Estas tareas incluyen el transporte de equipos médicos pesados, la movilización

de pacientes con movilidad reducida y la realización de numerosas labores de apoyo que requieren levantar, empujar, tirar y mover objetos de manera regular. Aunque su trabajo es fundamental, a menudo involucra movimientos repetitivos y posturas incómodas que pueden dar lugar a problemas de salud a largo plazo, como trastornos musculoesqueléticos y lesiones.

En este contexto, la ergonomía se convierte en un enfoque esencial para mejorar la calidad de vida laboral de los celadores. La ergonomía se refiere al diseño de lugares de trabajo y sistemas que se adapten a las necesidades y capacidades humanas, reduciendo al mínimo la posibilidad de lesiones relacionadas con el trabajo y optimizando el rendimiento laboral.

Al aplicar los principios de la ergonomía, se busca mejorar la comodidad y la seguridad en el trabajo de los celadores. Esto implica proporcionar equipos y herramientas adecuadas, así como capacitar al personal en técnicas de movilización seguras y en el uso apropiado de dispositivos de ayuda. Además, se deben ajustar las condiciones laborales para que se adapten a las capacidades individuales de cada trabajador.

Uno de los beneficios más significativos de aplicar la ergonomía en el trabajo de los celadores es la reducción del riesgo de lesiones laborales. Las condiciones laborales más seguras y la capacitación adecuada en higiene postural pueden ayudar a prevenir lesiones como tendinitis, síndrome del túnel carpiano y lumbalgias, que son comunes en este grupo de trabajadores.

Además de la reducción de riesgos, la ergonomía también puede contribuir a mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de atención médica. Al promover la salud y el bienestar de los celadores, se garantiza que estén en condiciones óptimas para llevar a cabo sus responsabilidades de manera efectiva, lo que a su vez se traduce en un mejor cuidado de los pacientes y una atención médica más segura y eficiente en general.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en la ergonomía es crucial en la atención médica. Su trabajo implica movilizar pacientes y equipos, lo que puede afectar su salud a largo plazo. La ergonomía ofrece principios para identificar y reducir riesgos laborales, mejorando la seguridad y comodidad en el trabajo. Esto incluye la adaptación del entorno y la mecánica corporal adecuada. Los celadores pueden prevenir patologías comunes como el síndrome del túnel carpiano y la tendinitis al aplicar estos principios. Su compromiso con la ergonomía no solo beneficia su calidad de vida, sino que también mejora la atención médica, haciendo que el sistema sea más

eficiente y seguro.

6 Bibliografía

1. Karwowski, W., & Marras, W. S. (2003). The Occupational Ergonomics Handbook. CRC Press.
2. Marras, W. S. (2002). Occupational ergonomics: Principles and applications. John Wiley & Sons.

Capítulo 530

EL PROFESIONAL CELADOR ANTE UN PACIENTE QUE TIENE ALZHEIMER

TANIA SAUCEDO MERCADO

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

RAMÓN LARA LÓPEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer se trata de un trastorno a nivel cerebral que provoca una pérdida permanente en la memoria, así como en la capacidad de pensar, dificultando con el paso del tiempo la capacidad de ejecutar actividades sencillas (1) supone un problema sanitario de primer orden (2).

Se trata de una de las causas más frecuentes de demencia en el primer mundo, siendo entre el 50-70% de los casos, de etiología desconocida, aunque existen algunos aspectos genéticos, así como tóxicos ambientales. Es poco probable que se deba únicamente a un solo factor (3), la prevalencia de esta enfermedad aumenta a partir de los 65 años (2).

Actualmente, se ha estudiado que esta enfermedad se encuentra ligada a alteraciones en los cromosomas 1, 14, 19 y 21, así como que todos los pacientes con Alzheimer cursan con cambios como son la degeneración u ovillo neurofibrilar y la placa senil localizados en el lóbulo temporal y en el hipocampo, también

existe la posibilidad de que haya determinados virus que provocan alteraciones en las áreas límbicas. También se han relacionado factores ambientales tóxicos con la enfermedad de Alzheimer, siendo uno de los más relacionados el aluminio. Alteraciones a nivel circulatorio provocan una disminución de nivel de sangre a nivel cerebral, así como el consumo de oxígeno, también se observa una alteración en el flujo de la barrera hematoencefálica. En los últimos estudios también se ha relacionado el consumo de grasas y el azúcar con el desarrollo de la enfermedad (3).

2 Objetivos

- Explicar el protocolo de actuación de los celadores en la atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- Resaltar la importancia del papel del celador en esta enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se establece un protocolo de actuación especial para celadores, para el correcto manejo de pacientes que padecen esta patología; ya que precisan otro tipo de técnicas y asistencia adaptados a la correcta atención de esta enfermedad neurológica.

Abarca los siguientes aspectos:

1. Dar al enfermo un entorno basado en la rutina y la coherencia que ayude al correcto funcionamiento a pesar de sus limitaciones.
2. Intentar no corregir al paciente varias veces el mismo día, esto puede producirle una frustración, ya que posiblemente no recuerde las correcciones previas.
3. Es importante la valoración de indicios que puedan conllevar a una depresión e informar de los mismos para evitarla.

4. Es importante que los pacientes estén tranquilos y en un ambiente relajado, seguir unas pautas diarias puede ayudar a conseguirlo. Pueden ser útiles las fotos, leer libros, terapia musical y artística, ejercicios físicos, etc.
5. Etiquetar los utensilios de la estancia en la que esté el paciente le ayudarán a recordar para qué sirven los mismos.
6. Mediante un calendario y un reloj, aspando los días anteriores al actual, le servirán para saber la fecha correcta.
7. El trato amistoso y cordial es fundamental. El tono de voz es muy importante también, ha de ser claro y en un volumen bajo.
8. Hay que mirar directamente al paciente al hablar y presentarse cada vez que entramos en la habitación.
9. Se le dará importancia al lenguaje corporal, expresiones faciales estos y demás aspectos de la conducta no verbal.
10. Las instrucciones para realizar actividades han de ser concisas y que no sean muy densas. Hay que fragmentar las tareas grandes en pequeños hitos que faciliten su comprensión.
11. El paciente tiene que sentirse siempre parte de la conversación.
12. Viajar al pasado con el paciente, fomentar el recuerdo de acontecimientos pasados para ayudarle a recordar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y a modo de todo lo visto anteriormente en el presente capítulo, la realización de este protocolo disminuiría el malestar de este tipo de pacientes cuyo primer contacto suele ser con los celadores. Adicionalmente la estancia de estos pacientes suele ser más prolongada de lo habitual y esto les ayudará a que sea lo más relajada, ayudando así también su tranquilidad. Esto ayudaría también a tener una comunicación más eficiente con el paciente, ya sea verbal o no. Nos ayudaría a entender sus necesidades según en los diferentes grados que tiene esta enfermedad y podremos controlar los factores de riesgo que pueda haber en el ambiente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 531

EL PROFESIONAL DE CELADOR EN CUANTO A LA MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE INGRESADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO. TÉCNICAS Y PROTOCOLOS

RAMÓN LARA LÓPEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

TANIA SAUCEDO MERCADO

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

1 Introducción

En el trabajo diario en la atención a pacientes en el centro hospitalario, se cuenta en ocasiones que debido a las enfermedades y patologías que presentan los pacientes enfermos, se ve dificultado la realización de diversas actuaciones sobre ellos.

En este sentido, se pueden encontrar pacientes encamados con la participación nula en la colaboración para la realización de tareas; también pueden estar en silla de ruedas, encamados, pero prestando colaboración, entre otros.

Cuando los pacientes se encuentran encamados y la movilidad la tienen limitada, ya sea por las patologías y enfermedades que presenten, o bien por circunstancias de la edad que impiden la correcta movilización, se necesita en estos casos de instrumental de movilización para llevar a cabo movimientos y colocaciones con estos pacientes.

Se habla de la grúa como el instrumental mobiliario de movilización de pacientes encamados que presentan la incapacidad de movimiento y que su uso se guía para llevar a cabo movimientos, colocaciones, levantar de la cama, sentar, entre otros. Dichas acciones son llevadas a cabo por el celador, que debe conocer a la perfección el manejo y uso de la grúa.

Por tanto, en el presente trabajo se va a desarrollar y conocer cuál es el protocolo y el manejo de la grúa por parte del celador en la movilización de pacientes encamados.

2 Objetivos

Presentar de manera exhaustiva las técnicas y protocolos fundamentales relacionados con la movilización de pacientes por parte de celadores 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

La movilización de pacientes dentro del entorno médico plantea riesgos potenciales que requieren atención cuidadosa, y es en esta coyuntura que los celadores desempeñan una función trascendental. Debe llevarse a cabo una evaluación rigurosa de la condición del paciente, determinando si se precisa ayuda adicional o la colaboración con otros profesionales de la salud.

La capacitación en técnicas de transferencia segura es esencial para los celadores.

El dominio de la biomecánica es fundamental para reducir la tensión en los músculos y articulaciones. Así mismo, establecer una comunicación efectiva con el paciente es crucial; brindar una explicación detallada de cada paso puede reducir la ansiedad y mejorar la cooperación del paciente.

Los protocolos de movilización deben ser personalizados según las particularidades de cada paciente. Esto es especialmente relevante en casos de restricciones médicas. Los dispositivos de asistencia, como camillas y sillas de ruedas, deben ser utilizados de manera precisa para salvaguardar tanto al paciente como al celador. Consideraciones ergonómicas y posturales son componentes esenciales para una movilización sin riesgos.

El protocolo para mover a los pacientes de manera segura, realizado por celadores, se compone de pasos esenciales. Aquí se resumen los principales:

Evaluación Inicial: Antes de mover al paciente, se evalúa su estado y capacidad para moverse. Esto decide qué ayuda se necesita.

Preparación y Comunicación: Explicar al paciente lo que ocurrirá reduce su ansiedad. El celador debe estar listo físicamente.

Dispositivos de Apoyo: Si se requiere, se utilizan dispositivos como andadores o sillas de ruedas.

Técnicas de Movimiento: Usar técnicas adecuadas para evitar lesiones: doblar rodillas, mantener espalda recta y usar la fuerza de las piernas.

Colaboración del Paciente: Se anima al paciente a participar activamente, moverse o cambiar de posición.

Atención Continua: Mantener contacto visual y hablar con el paciente para asegurar su comodidad.

Posicionamiento Cuidadoso: Al colocar al paciente, asegurarse de su alineación adecuada.

Registro y Comunicación: Después, se registra el proceso en la historia médica y se informa al personal médico.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de pacientes no es un acto meramente físico, sino un ejercicio de humanidad y dedicación. Los celadores ejercen su función con un compromiso que va más allá de mover cuerpos; es un acto de respeto a la dignidad y el bienestar de los pacientes en momentos de vulnerabilidad. La atención meticulosa a las técnicas y protocolos, la empatía en la comunicación y la adaptación a cada situación singular son los pilares de una movilización exitosa. Así, la labor de

los celadores se erige como un elemento vital en el proceso de curación y en la búsqueda del bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 532

PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EXPONEN UNA REVISION BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL CORONAVIRUS 19

DIVIS MAYLEN AMAYA MORALES

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

CLAUDIA GARCÍA GARCÍA

NATALIA RODRIGUEZ GARCIA

ATENEA PALOMARES GARCÍA

1 Introducción

Podemos hablar del mundialmente conocido Covid-19 o Coronavirus; como el patógeno causante número 1 de la gran pandemia mundial del Siglo XXI.

El SARS-COV-2 causante de dicha enfermedad se propagó a gran velocidad dejando en el camino millones de contagiados y muertos a nivel mundial. Las manifestaciones clínicas que produce son diferentes en cada ser humano, aunque las más importantes que podemos citar son a nivel del aparato respiratorio con dificultades agudas, fatiga, fiebre, tos seca, diarreas severas.....

A nivel de la cavidad oral las lesiones de úlceras orales en la mucosa, las alteraciones del gusto y enantemas son algunas de las manifestaciones orales más significativas que podemos encontrar; aunque los estudios en este ámbito cambian día a día.

Lo que sí podemos asegurar es que la cavidad oral se encuentra muy comprometida en un enfermo que es contagiado por el virus SARS-COV-2; ya que es una de las vías principales de entrada del patógeno e incluso la principal vía de contagio entre unas personas y otras.

En época de pandemia activa, hubo que suspender todas las actividades clínicas a nivel de profesionales dentales que no fueran urgencias/emergencias; por el hecho de que dichas actividades producían una gran cantidad de aerosoles, dispersación de gotas de Flugge; siendo estas, una gran fuente de riesgo de contagio. Por este motivo, los estudios de la afectación del SARS-COV-2 en la cavidad oral y sus posteriores manifestaciones clínicas en el individuo; no están muy desarrolladas ni contrastadas con los pacientes a tiempo real. Estos no eran valorados por profesionales odontólogos.

A día de hoy; los estudios están en continuo cambio y ya se pueden valorar pacientes con la enfermedad activa y sus manifestaciones orales.

2 Objetivos

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

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

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 especí-

ficos 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

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 533

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: INFORMACIÓN AL USUARIO

BEGOÑA GARCÍA VILLA

1 Introducción

Uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar es el acceso universal a la sanidad.

Este derecho está amparado por la Constitución y la Unión Europea, que deben velar por su conservación. Es responsabilidad del Estado, por lo tanto, el mantenimiento de estos servicios básicos indispensables para el fomento de la calidad de vida y el desarrollo. En el caso de nuestro país, la atención sanitaria está descentralizada.

Con el avance de la tecnología y el acceso a la información, los ciudadanos han accedido a fuentes que les han permitido orientarse en el plano sanitario-social. Por ello, exigen una información de calidad y una cooperación por parte del equipo sanitario. Del mismo modo, el personal sanitario es el encargado de velar por la seguridad del paciente e informarle correctamente, si bien la toma de decisión pertenece exclusivamente al paciente.

Desde su instauración, el sistema sanitario ha mejorado en la atención al ciudadano. Sin embargo, todavía requiere de una reflexión inicial sobre el modo de proceder.

La confianza que el paciente deposite en el equipo sanitario es fundamental en su curación. De esta depende el seguimiento íntegro del tratamiento, la credibilidad

en los médicos y enfermeros responsables de su salud y el compromiso adquirido con ellos. Además, cuando este vínculo se ve afectado, los ciudadanos, de algún modo, dejan de confiar en la sanidad pública, deteriorándose gravemente un derecho fundamental. En estos casos, el paciente puede recurrir a otros profesionales o incluso a la medicina alternativa o a curanderos. Es responsabilidad de todos los profesionales del sector sanitario y social que esto no ocurra.

2 Objetivos

Conocer como personal auxiliar administrativo cómo debemos dirigirnos al paciente y cómo debemos proporcionarles la información de forma adecuada, dando una atención de calidad.

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

Entre las actitudes y comportamientos que hacen que un paciente se sienta satisfecho con la sanidad destacan:

- **Accesibilidad:** el estado de bienestar debe estar presente en cualquier punto y dar cobertura a todos los ciudadanos. Para ello, existen hospitales y centros de salud distribuidos por lugares estratégicos. De igual modo, el personal sanitario debe acudir en caso de ayuda.
- **Respuesta:** los ciudadanos esperan de los profesionales sanitarios una respuesta rápida y eficaz, sin esperas que no tengan una explicación.
- **Comprensión y empatía:** además de la información enciclopédica y científica sobre lo que les está ocurriendo, los pacientes necesitan de una actitud humana y emocional. Para que se cree un vínculo sólido entre el personal sanitario y el usuario, este último debe sentir que quienes van a velar por su seguridad comprenden cómo se siente. Esta vinculación emotiva es imprescindible en el

tratamiento del paciente, pues hace que se perciban unas necesidades y se valore su estado de ánimo.

- **Comunicación:** dado que el lenguaje es el mecanismo mediante el cual somos capaces de verbalizar nuestras emociones, la comunicación entre el médico y el paciente es indispensable. El afectado necesita sentirse escuchado y solventar sus dudas. Por lo tanto, esta comunicación debe ser afectiva.
- **Cortesía:** no es suficiente con atender a los ciudadanos, sino que el trato tiene que ser cordial, atento y respetuoso con el otro.
- **Importancia:** ningún caso es menos importante que otro a ojos del afectado. Por ello, este debe sentir que su caso ha sido analizado y estudiado, concediéndole la importancia que requiere.

En conclusión, el personal auxiliar administrativo tiene que ser profesional con el fin de prestar un servicio de calidad.

Evidentemente, cada caso posee sus características y condicionantes. Personalidad, creencias, actitudes o normas de conducta de cada paciente serán diferentes y requerirán de un trato individual. También influirán en la percepción del paciente el centro sanitario, las instalaciones o el personal que trabaje en él. Por lo tanto, entran en juego muchos elementos que hay que tener presentes.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos podido conocer la información que se le debe proporcionar al paciente y como debe realizarse, como parte de nuestra formación básica como auxiliar administrativo en el entorno sanitario.

La correcta comunicación con el paciente es un factor fundamental para que éste se sienta agusto y ofrecer una atención de calidad en todos los aspectos que precisa el individuo.

Cabe destacar la importancia de ser empáticos y comprender cómo puede sentirse un individuo que está atravesando una situación de enfermedad, así como también comprender la situación de su familia. También adaptar el lenguaje sanitario al paciente para que comprenda la información.

6 Bibliografía

- 1- servicios de atención al paciente - <https://www.unir.net/salud/revista/servicios-atencion-paciente/>

- 2- derechos y deberes - servicio del atención al paciente - http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Participacion/Mis+derechos+y+deberes/Unidades+de+Atencion+al+Paciente.htm
- 3- atención al paciente - <https://www.comunidad.madrid/hospital/josegermain/ciudadanos/atencion-paciente>
- 4- servicio de atención al paciente - <https://www.fjd.es/es/pacientes-visitantes/servicio-atencion-paciente>

Capítulo 534

GESTIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA Y FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE ELLA

CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO

CRISTIAN VALERO GARCIA

CAROLINA JUÁREZ SÁEZ

RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es el servicio de atención médica que se encarga de elegir, preparar, almacenar, combinar y dispensar medicamentos y productos sanitarios, asesorando a profesionales de la salud y pacientes sobre su uso seguro, efectivo y eficiente. Es la profesión que se esfuerza por mantener y mejorar continuamente la gestión de medicamentos y la atención farmacéutica de los pacientes con los más altos estándares en un entorno hospitalario. Para ello, el departamento de farmacia del hospital o la organización de servicios contará con una adecuada gestión de medicamentos, un mejor uso y control, es decir, lograr un uso racional de los medicamentos.

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a los mínimos establecidos por la ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios. Son muchas

las leyes que regulan los diferentes aspectos de una farmacia y según la comunidad autónoma se rigen por el reglamento impuesto por la gerencia sanitaria de su comunidad, pero cabe destacar una ley general que regula un poco todo el ámbito farmacéutico en España, esta ley es la Ley 14/1986, de 25 de abril (BOE nº 102, de 29 de abril), general de sanidad.

2 Objetivos

A largo del presente documento se desarrollara la función de una farmacia hospitalaria y las funciones que desempeña el celador en ella.

En cuanto a la normativa vigente que regula el servicio de farmacias en España no hay una ley única, sino que cada comunidad tiene sus propias leyes en cuanto a la regulación de las mismas siempre bajo las directrices del ministerio de sanidad.

3 Metodología

Las pautas de búsqueda que hemos usado han sido la búsqueda a través del ministerio de sanidad y algunas revistas y artículos de investigación científicos encontrados a través de google para recopilar la máxima información veraz posible sobre el tema a tratar.

4 Resultados

El servicio de farmacia hospitalaria (SFH) forma parte de los Servicios Centrales del hospital, y por tanto, depende jerárquicamente del Director Médico. Está compuesto por personal facultativo y no facultativo

- Personal facultativo: esta formado por el jefe de servicio y el de sección, los adjuntos y residentes.
- Personal no facultativo, se divide a su vez en:
 - Personal no sanitario administrativos, celadores, etc.
 - Personal sanitario, formado por titulado universitario en Farmacia o Química Farmacéutica, DUE, TCAE'S y Técnicos en farmacia.

En cuanto a las funciones que realiza el personal de farmacia son muy variadas pero en este documento nos vamos a centrar específicamente en las funciones del celador dentro de la farmacia, estas son las siguientes:

- Recepción del material.
- Movilizará el material pesado.

- Transportará el material dentro de la farmacia.
- Acondicionará suero y alcohol, procediendo también a la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias.
- Trasladará a las distintas unidades hospitalarias los carros con la medicación.
- Trasladará los productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Preparación del alcohol.
- Custodia de la farmacia.
- Colabora en los inventarios.

También tenemos que hacer especial mención a las funciones y obligaciones que debe cumplir una farmacia hospitalaria ya que es la base principal que hace que funcione de forma eficiente la farmacia, y estas son las siguientes:

- Garantiza y asume la responsabilidad técnica, calidad, adecuada conservación, cumplimiento de necesidades, almacenamiento, elaboración de medicamentos necesarios para hospitalización, tratamiento fuera del hospital, que requiera especial vigilancia, supervisión y control.
- Crear un sistema de distribución de medicamentos eficiente y seguro. Tome medidas para garantizar una distribución adecuada.
- Los hospitales deben prestar servicios o departamentos de farmacia hospitalaria bajo unas condiciones mínimas.
- Participar en ensayos clínicos de medicamentos.
- Llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia.

5 Discusión-Conclusión

La farmacia es una parte importante en un hospital, pues de ella dependen los demás profesionales médicos, ya que necesitan acceder a los medicamentos necesarios para tratar a los enfermos rápidamente. Por lo que es imprescindible que esta tenga una organización y un desarrollo de la actividad profesional de sus trabajadores óptima y eficaz, así como una buena gestión de la misma.

En cuanto al personal no sanitario cabe decir que no necesita mucha cualificación, sin embargo, el personal sanitario encargado de proporcionar los medicamentos si debe tener una formación acorde y actualizada que le permita realizar su trabajo de forma óptima y a la vez mantenerse actualizado con los nuevos sistemas y medicamentos que entren al mercado para dar un tratamiento de calidad y mejorar cada vez más en su labor.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>

<https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>

<https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/legislacion/asistenciaGeneral/home.htm>

<https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/legislacion/leyes/lgs.htm>

<https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/legislacion/economia/home.htm>

Capítulo 535

EL TELEFONISTA Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN EL SISTEMA SANITARIO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

El profesional telefonista del sistema sanitario es un trabajador cuya principal herramienta de trabajo es el teléfono.

Este profesional se encarga por tanto de dar respuesta, estableciendo y atendiendo las comunicaciones telefónicas internas y externas al centro hospitalario, realizando diversas tareas que veremos a continuación.

El profesional telefonista debe por tanto contar dentro de su formación correspondiente con los conocimientos específicos del ámbito sanitario que le permitan realizar de forma adecuada sus funciones laborales.

La figura del telefonista apareció en España a principios de los años 80, siendo un trabajo realizado al principio por hombres, que fueron sustituidos rápidamente por mujeres.

Aunque el profesional telefonista no tiene un contacto directo con el paciente o sus familiares, debe contar como decíamos con la formación adecuada en cuanto

al ámbito sanitario se refiere y contar además con algunas cualidades personales como la empatía, educación, asertividad, facilidad de palabra, calma...

Los nuevos mecanismos de comunicación y las nuevas tecnologías de inteligencia artificial parece que van a amenazar nuestros puestos de trabajo, pero cabe recordar la importancia que le da el ser humano a la atención y calidez humana, sobre todo cuando atraviesa momentos duros o complejos, como los generados por problemas en su salud.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario telefonista en qué consisten nuestras principales funciones dentro del entorno de la sanidad, llevándolas a cabo con eficacia para evitar cualquier incidencia.

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

Dentro de las funciones principales del telefonista de la sanidad son las siguientes:

- Gestionar la centralita, atendiendo las comunicaciones tanto internas como externas, recogiendo y enviando a los correspondientes servicios la información.
- Conocer la localización telefónica de todos los servicios, así como de los principales coordinadores y supervisores que estén a cargo de los mismos.
- Apoyar en la gestión administrativa derivada del trato de los profesionales con los pacientes, utilizando los medios necesarios.
- Aplicar la normativa vigente en cuanto a la ley de protección de datos, ya que tratamos con información altamente sensible de la población. Manteniendo el secreto profesional.

- Gestión de citas: citación, anulación, recordatorio, renovación o cambios en las mismas.
- Derivar llamadas a otros servicios y/o profesionales.
- Registrar las llamadas recibidas y dar parte de cualquier tipo de incidencia que se pueda detectar.
- Registrar datos en el ordenador.
- Asegurarse del correcto mantenimiento y funcionamiento de los equipos informáticos y telefónicos, realizando su carga y/o mantenimientos correspondientes.
- Mostrarnos accesibles al usuario, identificándonos con nuestro nombre para hacer más amena la conversación para el interlocutor.
- Manejar los sistemas informáticos del sistema sanitario.
- Efectuar en muchos casos la primera atención que tiene el paciente con el sistema de salud.
- Informar acerca de cuestiones sencillas a los usuarios (recordatorios de citas, ubicación de los servicios u hospitales, horarios, parking, cafetería, servicios cercanos etc).
- Mantener el orden en la oficina o servicio.
- Trabajar en colaboración si se requiere con otros profesionales relacionados con la salud.

Además de las funciones básicas y específicas que debe realizar un telefonista de la sanidad, este profesional ha de ser educado, amable, eficiente, asertivo, seguro y resolutivo, puesto que su labor profesional se desarrolla continuamente con la comunicación con pacientes y resto de profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Para el correcto desempeño de las funciones de telefonista en los centros sanitarios resulta esencial que estos tengan una formación adecuada. Por ello hemos realizado esta revisión que pretende repasar las principales tareas que realizamos. Aunque no tenemos un contacto directo o presencial con el paciente, en muchos casos somos los primeros profesionales que lo atienden, por lo que resulta esencial ser empáticos con su situación.

Además también estamos en contacto con el resto de profesionales sanitarios, que en ocasiones requieren de nuestra colaboración para hacer gestiones internas con otros servicios o realizar envío de comunicaciones de uno a otro.

6 Bibliografía

- 1- telefonistas - <https://www.aragon.es/-/telefonistas.-traslados-2023.-servicio-aragones-de-salud>
- 2- telefonistas - <https://www.aragon.es/-/telefonistas>

Capítulo 536

EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. REVISION BIBLIOGRÁFICA

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

1 Introducción

Dentro de un centro hospitalario, existen las listas de espera quirúrgica para realizar una intervención en el quirófano, la cual no se considera de carácter prioritario, ya que las urgentes siguen otro tipo de procesos. Las listas de espera van surgiendo basándose en el tipo de patología que sufren los pacientes, los cuales no responden a tratamientos conservadores.

La gestión que realiza un auxiliar administrativo en las listas de espera quirúrgicas, son la base para facilitar la disminución de estas, puesto que en muchos casos, un aumento de los recursos no es una de las soluciones a este problema. Un auxiliar administrativo en cuanto a la gestión de la lista quirúrgica de la especialidad médica que utiliza, tiene que respetar y generar ciertos criterios para incluir a estos pacientes de forma científica, con base en la bioética y la eficiencia de los recursos sanitarios que se van a ofrecer al paciente, siempre debe tener claro la gravedad, la variante de la probabilidad de mejora y el entorno social que rodea

al paciente que son la base para una rehabilitación y mejoran la disminución de las listas de espera.

La prioridad y la distribución son variables que debe tener en cuenta el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

Describir la función del auxiliar administrativo en la gestión de la lista de espera quirúrgica.

Dar a conocer el funcionamiento de lista de espera quirúrgica.

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 selección del paciente para la preparación quirúrgica la realiza el auxiliar administrativo del centro sanitario con la creación de una “bolsa de pacientes preparados para la cirugía”, ésta proporcionará al paciente las citas ordenadas para estudio preoperatorio y valoración preanéstésica.

Las funciones del Auxiliar Administrativo en la gestión de lista de espera quirúrgica, en adelante LEQ, son:

- Realizar la inclusión administrativa en LEQ, siendo responsable del cumplimiento de las normas para el registro de los pacientes.
- Tramitación administrativa de todos los puntos contemplados en la Ley de Garantía de Demora.
- Tramitación administrativa de todos los puntos contemplados en la Ley de Garantía de Demora.
- Gestión semanal de las intervenciones programadas de los servicios quirúrgicos.
- Planificación de los quirófanos asignados.

- Realiza la información relativa a la LEQ relacionada con la planificación, gestión y toma de decisiones, para su distribución a la Dirección del Centro, los Servicios Quirúrgicos de Quirófano, etc.
- Responsable del adecuado seguimiento de los pacientes incluidos en LEQ, y del mantenimiento actualizado de la información clínica aportada por los médicos especialistas y de los datos administrativos del registro.
- La gestión de los pacientes a otros centros.
- Informar a los pacientes sobre la situación en el LEQ.

Las prioridades para una indicación quirúrgica son:

- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora de tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.

Quedan excluidos de este ámbito intervenciones quirúrgicas de carácter urgente, así como las intervenciones quirúrgicas de trasplante de órganos, cuya realización dependerá de su disponibilidad, así como las producidas en situaciones de catástrofe.

5 Discusión-Conclusión

Las listas de espera se producen cuando la demanda de un determinado servicio excede la oferta que hay inmediatamente disponible del mismo. Lo que quiere decir que es importante alcanzar un equilibrio entre planificación de la demanda y la administración eficaz.

Se debe orientar a todo el personal administrativo respecto, para priorizar a la hora de gestionar la agenda de los pacientes, hay que tener en cuenta las que son urgentes, cuáles son preferentes y cuáles pueden esperar.

El seguimiento por parte del axilar administrativo, desde que se produce el registro del paciente hasta su llamamiento para la intervención quirúrgica, es fundamental, teniendo en cuenta los criterios que hay de prioridad y según las necesidades objetivas del paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.

3. <http://books.google.es>.

Capítulo 537

EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROTECCION DE DATOS DEL PACIENTE

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

1 Introducción

Podemos definir como datos personales cualquier información relativa a una persona física. También son considerados como datos de carácter personal las distintas informaciones que recopiladas en su conjunto pueden llevar a la identificación de una persona, lo mismo ocurre con aquellos datos que hayan sido cifrados, anonimizados, o presentados con un seudónimo, pero que puedan ser utilizados para volver a identificar a una persona.

El Reglamento Europeo 2016/679 define el concepto “datos personales” como toda información sobre una persona física identificada o identificable. El derecho a la protección de los datos personales tiene origen en la Constitución Española, concretamente en el artículo 18.4 que garantiza a los españoles el derecho a “la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”.

En lo relativo a la protección de datos en la sanidad la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 7 habla del derecho a la intimidad donde dice primero que “Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley” y segundo que “Los

centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes“.

En la misma Ley 41/2002 en su artículo 16 se habla de los usos de la historia clínica, dicho artículo fue modificado por la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de datos, a continuación veremos dichas modificaciones junto con la adenda que esta ley hizo en la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad sobre el tratamiento de datos en la investigación de la salud.

2 Objetivos

Describir el papel y los principales aspectos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en relación con la protección de datos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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 confidencialidad y la protección de datos sanitarios son aspectos de suma importancia en el ámbito de la atención médica y, en particular, para el auxiliar administrativo sanitario. Estos profesionales desempeñan un papel crucial en la gestión de información sensible y personal de los pacientes, y su cumplimiento riguroso de las normativas de privacidad es esencial para garantizar la confianza y el respeto de los pacientes hacia el sistema de salud. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo sanitario contribuye a la confidencialidad y la protección de datos en su labor:

- **Respeto a la Privacidad:** El auxiliar administrativo sanitario maneja información personal y médica confidencial de los pacientes, como historiales clínicos, diagnósticos y tratamientos. Es crucial que respete la privacidad de esta información

y evite cualquier divulgación no autorizada.

- **Acceso Limitado:** Los auxiliares administrativos deben tener acceso restringido a la información del paciente que sea estrictamente necesaria para llevar a cabo sus responsabilidades. Solo deben acceder a los datos relevantes para realizar tareas administrativas específicas.
- **Almacenamiento Seguro:** La información confidencial debe ser almacenada de manera segura y protegida contra el acceso no autorizado. Los auxiliares administrativos deben seguir procedimientos para garantizar que los documentos y registros estén resguardados adecuadamente.
- **Comunicación Protegida:** La comunicación sobre asuntos médicos y personales de los pacientes debe realizarse de manera discreta y segura. El auxiliar administrativo debe evitar discusiones en lugares públicos o donde puedan ser escuchados por terceros no autorizados.
- **Consentimiento Informado:** Siempre que se requiera la divulgación de información confidencial, el auxiliar administrativo debe asegurarse de obtener el consentimiento informado del paciente o de la persona legalmente autorizada.
- **Destrucción Segura de Información:** Cuando los documentos ya no sean necesarios, deben ser destruidos de manera segura para prevenir cualquier posibilidad de acceso no autorizado.
- **Cumplimiento Normativo:** El auxiliar administrativo sanitario debe estar al tanto de las leyes y regulaciones que rigen la confidencialidad y la protección de datos en el ámbito de la salud. Esto incluye regulaciones como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en Europa.
- **Capacitación Continua:** Los auxiliares administrativos deben recibir capacitación regular sobre la importancia de la confidencialidad y la protección de datos, así como sobre los procedimientos específicos que deben seguir para garantizar el cumplimiento normativo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo sanitario en la confidencialidad y la protección de datos sanitarios es esencial para mantener la confianza y la integridad en el sistema de atención médica. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo su labor va más allá de las tareas administrativas convencionales, abarcando la responsabilidad crucial de salvaguardar la privacidad de la información de los pacientes.

La confidencialidad y la protección de datos son pilares fundamentales en la relación entre el paciente y el sistema de salud. El auxiliar administrativo se

convierte en el guardián de esta confianza al manejar de manera segura la información médica y personal. Su compromiso con el respeto a la privacidad, la comunicación segura y el acceso limitado refleja una ética profesional sólida y un respeto profundo por los derechos del paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 538

ATENCIÓN AL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-
HORNOS

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

1 Introducción

La información que reciba el trabajador de la salud debe estar fácilmente disponible y en un formato que permita mayor claridad para que el administrador de salud esté consciente de las necesidades del paciente y los desafíos que implica la realización del procedimiento y preocupaciones existentes sobre su condición. En la industria de la salud, brindar servicio al cliente es una de las principales responsabilidades de un asistente administrativo. Los trabajadores de servicios deben poder comunicarse de manera efectiva para abordar los problemas que puedan surgir en su vida diaria y en sus interacciones con clientes, familiares y compañeros de trabajo.

El servicio al cliente es una de las principales responsabilidades de un auxiliar administrativo en la industria de la salud. Para hacer frente a situaciones que surgen

en su vida diaria y en sus interacciones con pacientes, familias y compañeros de trabajo, el personal de servicio debe poseer las habilidades y competencias comunicativas necesarias.

2 Objetivos

Reconocer la función del personal administrativo en el sistema de salud y en las funciones de atención al paciente.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica actualmente publicada. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros y bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, y se ha utilizado el motor de búsqueda líder Google para buscar "auxiliar administrativo y atención al paciente".

4 Resultados

Se deben enseñar a los profesionales habilidades de comunicación como la empatía, la asertividad y la escucha activa para poder brindar un excelente servicio en atención al paciente. Podemos lograr esto a través de una variedad de señales verbales y no verbales, como pueden ser:

- Señales no verbales: las señales no verbales pueden adoptar muchas formas, incluido el contacto visual, las expresiones faciales, los gestos con las manos y los brazos, la distancia social y la postura.
- Señales verbales: Nuestras palabras y entonación forman parte de la comunicación verbal.

Las siguientes son solo algunas de las responsabilidades que tienen los auxiliares administrativos en atención al cliente.

- Encargado de atender a los nuevos pacientes en la clínica y saludarlos.
- Alertar a los familiares de los pacientes cuando ingresan a un centro de salud o visitan a un médico.
- Realizan diferentes tareas administrativas demandadas por los distintos intereses de usuarios e intereses.
- Proteger los derechos de los usuarios y pacientes.
- Comprender y atender las sugerencias, reclamaciones y quejas formuladas por los distintos usuarios.

- Informar sobre los servicios que pueden prestar.
- Para controlar su acceso.
- Proporcionar atención y compañía a los pacientes y sus familiares.
- Recopilar y gestionar las sugerencias, reclamaciones y quejas de los usuarios.
- Atención de quejas y reclamos.
- Informarles sobre los servicios que están disponibles para ellos.
- En encargado de todas las tareas y obligaciones del usuario destinado a reducir el tiempo que los pacientes pasan en los hospitales.

Como resultado, el cuidado de los clientes y sus familias en un entorno construido es responsabilidad de los centros y organizaciones de salud. Sin embargo, también apoyan actividades médicas y sirven a esencial mediando en disputas entre usuarios y organizaciones.

5 Discusión-Conclusión

El nivel de atención brindado por todos, desde los auxiliares administrativos hasta los visitantes diarios de los hospitales y clínicas de atención primaria, aumentará, garantizando los altos estándares de atención y el trato considerado a los pacientes que se anticipan en el sistema de salud español para uso habitual de la industria de la salud.

En conclusión, está claro que los profesionales médicos deben estar preparados tanto para la naturaleza humana como para la tecnología de sus instrumentos. Esto último se refiere a las actitudes de los profesionales hacia los pacientes, que no son las mismas que ellos verían anatómicamente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 539

EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA FATIGA OCULAR DERIVADA DE SU TRABAJO

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

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

- Identificar las causas que provocan la fatiga visual en el personal auxiliar administrativo de la salud.

Objetivo secundario:

- Describir las medidas preventivas existentes para evitar o disminuir sus efectos.

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 fatiga ocular o astenopia suele ocurrir después de largos períodos de enfoque intenso, como sucede durante la lectura. En algunas ocasiones, en cambio, la fatiga visual es causada por algún trastorno de la visión como la hipermetropía o el astigmatismo.

Sin embargo, diferentes investigaciones han demostrado que el abuso excesivo que se hace hoy día del uso de dispositivos portátiles como ordenadores, tablets y teléfonos móviles es muy estresante para la vista, ya que los ojos deben esforzarse por leer fuentes que, a menudo, suelen ser muy pequeñas.

Por tanto, aunque padecer de un trastorno de la visión puede suponer un alto riesgo de sufrir de vista cansada o fatiga visual, de acuerdo con encuestas recientes, hasta el 70% de los trabajadores que pasan muchas horas ante pantallas electrónicas presentan síntomas de astenopia o vista cansada tarde o temprano. Por ello, el cansancio ocular, fatiga visual o astenopia puede considerarse como una enfermedad laboral que se da frecuentemente en el campo de los auxiliares

administrativos debido a la obligación que tienen estos trabajadores de usar pantallas u otros dispositivos digitales durante la mayor parte de su jornada laboral. Entre los síntomas más comunes y de mayor impacto de la fatiga ocular están:

- Lagrimeo.
- Sequedad ocular.
- Enrojecimiento de los ojos.
- Cefaleas.
- Náuseas.
- Fatiga y dificultad para concentrarse.
- Visión doble o borrosa.
- Fobia a la luz intensa.

Una vez que apreciamos la aparición de alguno de estos síntomas, es imprescindible aplicar las correcciones necesarias para disminuir la fatiga visual e implementar medidas preventivas que eviten el que la suframos de nuevo.

Para prevenir la fatiga visual existen diversas medidas preventivas como por ejemplo:

- Descansar la vista cada hora e intentar parpadear con frecuencia.
- Evitar reflejos de luz sobre la pantalla, colocándonos en posición lateral a las ventanas.
- Calibrar los colores del monitor, eligiendo preferentemente colores claros y mates.
- Ajustar el tamaño de las letras en un tamaño que haga que podamos leer cómodamente los textos sin forzar la vista

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la fatiga ocular es un problema muy frecuente en el personal administrativo de la salud debido al uso continuado de pantallas como la del ordenador, herramienta clave de trabajo.

Para evitar sufrir los síntomas derivados de la fatiga ocular o astenopia y evitar que se conviertan en problemas crónicos o de mayor gravedad, es imprescindible detectar rápidamente los primeros síntomas, reconocer sus causas y aplicar las debidas medidas preventivas.

Por último, realizar un examen ocular preventivo por un especialista que nos instruya sobre las prácticas de terapia visual que podemos utilizar en la oficina para paliar o sanar los síntomas de la fatiga visual sería una buena recomendación para todas aquellas personas que trabajen principalmente con pantallas, como es el caso del personal administrativo de la salud.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 540

SALUD LABORAL Y HUMANIZACIÓN EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ

1 Introducción

En los últimos años, se han descrito factores que favorecen la deshumanización en el ámbito sanitario, uno de ellos son los objetivos empresariales sobre la necesidad del paciente.

Estas metas, también recaen sobre profesionales, los objetivos personales, se convierten en funcionales dando paso a la pérdida de atributos humanos, que hacen o dan paso a la frialdad en las interacciones, al descuido emotivo y en ocasiones difíciles de saber como afrontar situaciones, de valores, de impotencia en el profesional.

Por otra parte, la falta de autonomía en el enfermo y sus familias, además de la escasa participación en los procesos cotidianos del cuidado.

La falta de información o tiempo, puesto que todo ello contribuye a que el profesional sanitario, se exija sacrificio, abnegación, entrega e interés que muchas veces, se ven sobrepasados por las cargas asistenciales y la excesiva burocratización del sistema, impactan de forma negativa en su motivación y la salud del profesional sanitario.

Este trabajo pretende buscar pautas, recomendaciones, cómo saber afrontar procesos atribuibles a características humanas, a tratar a las personas teniendo en cuenta, la condición de ser humano y sus derechos,- por ejemplo: un médico que trata con empatía a su paciente.

Sensibilizar a los profesionales sanitarios, sobre "La Cultura de la Humanización", formar a los profesionales sanitarios, mejorar competencias en la atención cen-

tradas en las personas, contribuir en desarrollo profesional orientado hacia los pacientes, haciéndoles también a los pacientes partícipes de la humanización. Este trabajo señala la interacción entre objetivos de salud laboral, recomendaciones y metas de políticas de humanización en el entorno sanitario y contextos asistenciales.

Orientado a explorar áreas comunes de trabajo encaminados al bienestar de los profesionales sanitarios, la posibilidad de buena gestión integral y como ejemplo es Proyecto de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos, partiendo de tres pilares clave: "Salud Laboral, Humanización y Organización Sanitaria". Estos pilares enriquecen la atención a la salud, mejoran nuevas formas de tratamiento aumenta así la supervivencia.

2 Objetivos

Reflexionar sobre la salud laboral y humanización en los profesionales sanitarios con el fin de mejorar el acto asistencial en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Debido a la pluralidad de los sistemas éticos, inestabilidad del profesional y la existencia de criterios parciales de evaluar calidad de los servicios de salud (economía, y la excesiva burocracia), centradas casi exclusivamente en habilidades científico-técnicas en detrimento de otras competencias emocionales y relacionales.

Espacios de reflexión y análisis sobre ética médica, favorece que el paciente sea tratado como patología de forma impersonal.

La vulnerabilidad de los profesionales sanitarios expuestos a demandas, que pueden llevar a la práctica una medicina defensiva, dificultad de realizar bien

el trabajo cotidiano, duración y calidad del descanso, que sumado a la carencia de medios y escasa seguridad ocupacional.

Esto genera en el paciente, desconfianza en el sistema y falsas expectativas para la mejora de curación y atención suponiendo además ejercicio inadecuado de la autonomía y sus derechos.

-Según la Ley General de la Seguridad Social, destaca la voluntad de humanización de los Servicios Sanitarios y su entorno.

El principal objetivo de la salud laboral es el bienestar de las personas en su medio de trabajo, saber identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que sean perjudiciales para la salud de los trabajadores y potenciar aquellos factores que surtan efecto positivo y efectos beneficiosos para la salud y el bienestar de las personas.

-Según la OMS la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, entendiendo por dignidad un valor único intransferible e insustituible, proporciona cuidados a la persona de forma digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones, y sus valores.

Es en definitiva es armonizar, principios, valores éticos, morales y la reglamentación deontológica, para regular las prácticas en un contexto de la salud y bienestar.

5 Discusión-Conclusión

Salud laboral y Humanización en el entorno sanitario, comparten formas de actuación en colaboración de ambas disciplinas con el esfuerzo común, pudiendo ser muy enriquecedor para una calidad en el trabajo asistencial y de cuidado para los profesionales sanitarios.

Según la OMS, las estrategias que aseguran la salud a los trabajadores en general, hacen más fuerte la economía a nivel nacional, mejorando la productividad, motivando y mejorando la calidad del trabajo realizado, mejorar la seguridad, y la salud en el trabajo, en definitiva procurar bienestar físico, mental, de los empleados 'se pretende establecer y sostener un medio ambiente de trabajo, seguro, sano y con capacidad de mitigar inequidades.

6 Bibliografía

1- Normativa de Ley de la Seguridad Social.

2- Normativas de la Salud Laboral.

-Revista Científica Scielo

Capítulo 541

ESCUCHA ACTIVA EN EL ENTORNO SANITARIO

M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ

1 Introducción

”La escucha activa en el entorno sanitario” se hace imprescindible para los profesionales sanitarios y para los pacientes, es la forma en que se comunican y la habilidad de escuchar, ser escuchado y entender lo que se dice y porque se comparten pensamientos, sentimientos y el saber de cada uno.

Como base de atención sanitaria salud - enfermedad, evidencia la interacción entre el personal sanitario - paciente -familia.

Según estudios realizados, la habilidad en la comunicación influye muy satisfactoriamente sobre los pacientes y de forma directa, en cualquier actividad sanitaria y para que surta un efecto positivo y eficiente para el paciente y un resultado óptimo final.

Las habilidades de comunicación del profesional sanitario, van a influir facilitando el pronóstico y tratamiento de la enfermedad del paciente (de forma eficiente y eficaz, hacer bien las cosas), (hay una relación directa uno habla, el otro escucha y viceversa de forma directa, uno habla otro asiente, contesta, esta bien, cierto, estoy de acuerdo, eso tiene sentido), comunicación fluida, amena y haciendo ver al paciente que se le escucha .

Además de gran satisfacción personal como profesional sanitario con el trabajo eficaz y eficiente, obteniendo al final un beneficio (profesional -paciente), el trabajo bien hecho y la mejora del paciente.

2 Objetivos

Evaluar la habilidad natural de cada paciente para adquirir conocimientos y hacer una actividad relacionada con la escucha activa durante el tiempo que estuvieron hospitalizados.

3 Metodología

Estudio descriptivo y observacional, se cogieron a 30 pacientes hospitalizados de forma aleatoria (hombres y mujeres), en planta de Medicina Interna, con edades entre 65 y 75 años de edad.

El cuestionario consta de diez preguntas cerradas y con cuatro opciones de respuesta.

4 Resultados

Para este cuestionario, la habilidad natural para adquirir conocimientos y la forma de comportarse sobre aspectos relacionados en la escucha activa de los treinta pacientes el 70% de los pacientes contestaron en las preguntas formuladas sobre escucha activa que se cumplen las condiciones físicas satisfactorias, la manera de comportarse y la habilidad natural para adquirir conocimientos (hacer una actividad) por parte del personal sanitario para obtener el resultado que esperamos de los pacientes.

La metodología utilizada en este caso, no surtió el efecto esperado, al ser cuestionarios cerrados, se valora erróneamente el resultado.

Un cuestionario de preguntas abiertas en el que se permitan tener información más específica y útil, para separar aspectos de la comunicación y distinguir entre diferentes profesionales sanitarios, médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos...

Algunos ejemplos de forma de escucha activa pueden ser una comunicación fluida, sin interrumpir al paciente cuando esta hablando, hacerle ver que se le está escuchando por ejemplo, entiendo, estoy de acuerdo, eso tiene sentido, así es, claro, ya veo.

El que escucha, va tomando nota del lenguaje verbal y no verbal de lo que el paciente demanda para una buena atención, sin olvidarnos que el paciente, en lo que dice puede reflejar su estado emocional, mostrarle que se acepta lo que dice. Con este estudio de escucha activa, se observa y se puede concluir que no es una acción nada fácil, es un proceso rápido, complejo, con muchos componentes superpuestos, para ayudar a comprender la escucha ya que en poco tiempo, se

recibe información, se interpreta, recordar lo dicho, evaluar y responder (es por ello importante dejar tiempo al paciente que hable y se explique, que haga preguntas que este bien informado, tranquilizarle, mantener contacto visual, que se sienta que se le entiende).

5 Discusión-Conclusión

Los cuestionarios presentados muestran en general, pacientes satisfechos, definen escucha activa para hacer frente a las barreras de la comunicación .

Los elementos de comunicación "no verbal", que utiliza el profesional sanitario durante el periodo de hospitalización de los pacientes.

El cuestionario se hizo en una sala, sin ruido, sin distracción que altere la escucha activa.

- Se dedica poco tiempo al paciente.
- A veces no se entiende el lenguaje técnico.
- En ocasiones no se comprende bien el lenguaje.
- Tiempo insuficiente en las visitas.

En casi su totalidad, la encuesta muestral que los pacientes realizaron, asocian a una mejor comunicación y atención con la presencia de más profesionales sanitarios en los centros asistenciales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 542

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA MUJER

M^a FERNANDA LÓPEZ MARTINEZ

1 Introducción

En este trabajo se realiza revisión bibliográfica de aspectos más actuales de "la violencia de género en la mujer" y la Normativa urgente en la actualidad (cada vez son más y más las mujeres que sufren violencia de género y las consecuencias para las mujeres que lo sufren no deja de aumentar).

La implicación a nivel Social y Sanitario es fundamental, no es fácil de abordar y conlleva muchas dificultades.

A la hora de hacer frente a estos problemas, afecta gravemente a mujeres y niñas en ámbito privado y tienen miedo a denunciar.

Este trabajo de Violencia de Género en la mujer, como una conducta que causa daño y sufrimiento hacia la mujer (comportamiento que daña y lesiona de forma consciente), causa daño físico, emocional, psicológico, económico y sexual.

En la violencia de género destacar cinco más relevantes:

- violencia psicológica (ejemplo: asustar, humillar...)
- violencia emocional (ejemplo: insultos, amenazas...)
- violencia física (ejemplo: golpes, patadas...)
- violencia sexual (ejemplo: vejaciones, violar...)
- bullying: (ejemplo: acoso escolar)
- ciber-bullying (acoso en redes sociales como :Instagram, Twitter, Facebook...)

La Violencia de Género se cree que surge a mediados del siglo xx, desde ámbitos feministas, para hacer ver a la sociedad de entonces la violencia ejercida contra la mujer por la simple condición de ser mujer .

2 Objetivos

Poner de manifiesto la necesidad de "concienciar" y "sensibilizar" a la sociedad y de activar mecanismos y protocolos, coordinar y organizar desde diferentes servicios sociosanitarios que hay en España para garantizar una mejor atención integral para las mujeres que sufren este mal.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La Violencia de Género en la mujer se considera "delito", por privar de libertad como ser humano y al que todo ser humano tiene derecho.

Este derecho esta regulado por Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra La Violencia de Genero.

Se estima, según Centro de Estudios Reina Sofía que la cifra es del 35% además de que las cifras van en aumento y aunque ahora en la actualidad se denuncia más, se puede observar desigualdad territorial, es decir; que existe desigualdad entre cifras de incidencia y mortalidad además también entre diferentes provincias de España.

En España en 2022, la cifra de asesinadas por violencia de género ascendió a 49 mujeres y en lo que va de año 2023, la cifra ya es de 39 mujeres asesinadas a manos de sus parejas o exparejas, según balance del Ministerio de la Presidencia Relaciones con las Cortes e Igualdad.

Debido a las consecuencias de la violencia de genero, causa graves problemas para la salud de la mujer, físicos, emocionales, psicológicos, y mayor utilización de los servicios sanitarios.

Muchas veces falla la Coordinación entre los organismos implicados en subsanar estos problemas y hacen muy difícil la atención de estas mujeres maltratadas, que se ven solas y con miedo a denunciar, sin protección ante una sociedad que no las entiende.

Según la OMS, el "sexo" femenino y masculino hace referencia al carácter biológico y fisiológico que definen a un hombre y una mujer.

Por contra "género" hace referencia a conductas roles en determinadas culturas, creencias, atributos apropiados a hombres y mujeres socialmente.

Principalmente la desigualdad de género, el abuso de poder que se impone, las diferencias estructurales basadas en el género, hacen que las mujeres siempre este en riesgo de desigualdad.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género contra la mujer en los últimos años ha ido en aumento, tanto es así que se ha convertido en un problema de salud pública para la sociedad actual y además afecta a millones de mujeres en todo el mundo.

No existe un perfil concreto de mujeres que sufran violencia de genero, en un principio se pensaba y asociaba con mujeres con bajo nivel cultural, social y económico, en la actualidad puede afectar a diferentes ámbitos y clases sociales (puede ser cualquier mujer), es por ello que aunque se denuncia más , aún son insuficientes casi a diario vemos como las cifras no paran de crecer.

6 Bibliografía

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

Capítulo 543

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PEDIÁTRICA

TABITA TULAC NECHITA

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

1 Introducción

Un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un profesional de la salud que trabaja en el ámbito de la enfermería, brindando apoyo y asistencia al personal de enfermería y al equipo médico en la atención y cuidado de los pacientes en el contexto de una unidad pediátrica.

Una unidad pediátrica en un hospital es un área específica diseñada para brindar atención médica y cuidados de salud a niños y adolescentes. Esta unidad está especializada en el tratamiento y cuidado de pacientes pediátricos, que abarcan desde recién nacidos hasta adolescentes. Los avances en el cuidado de los niños/adolescentes han significado un progreso notable en la medicina en los últimos 50 años. Las unidades de cuidados pediátricos tanto en neonatos como

en niños mayores, cada vez más eficientes cumplen un papel importante en la disminución de la mortalidad infantil.

Una de sus funciones más importantes a nivel interno entre profesionales es el Apoyo en Procedimientos Médicos. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería asisten a los médicos y enfermeras en la realización de procedimientos médicos, como la administración de medicamentos, la colocación de sondas, la extracción de sangre y otros procedimientos médicos necesarios.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajan en equipo con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar la atención integral de los pacientes pediátricos. Pueden comunicar cambios en la condición de un paciente y proporcionar información relevante al equipo médico.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de una unidad pediátrica en un hospital.
- Desarrollar las funciones de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de la unidad pediátrica.

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 unidades pediátricas están equipadas y diseñadas de manera única para satisfacer las necesidades médicas, emocionales y de desarrollo de los pacientes jóvenes. Estas unidades pueden variar en tamaño y nivel de especialización, y pueden incluir subespecialidades como neonatología (para recién nacidos prematuros o con problemas médicos), oncología pediátrica (para pacientes con cáncer infantil), cuidados intensivos pediátricos (para pacientes en estado crítico) y muchas otras.

Algunas de las funciones más relevantes que desempeña un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son:

- **Asistencia en el Cuidado Directo a los Pacientes:** Ayudan en la atención directa a los pacientes pediátricos, colaborando en tareas como la higiene personal, el cambio de pañales, la alimentación, el baño y la movilización de los niños que necesiten ayuda.
- **Toma de Signos Vitales:** Pueden ser responsables de tomar y registrar los signos vitales de los pacientes pediátricos, como la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.
- **Apoyo en Procedimientos Médicos:** Asisten a los médicos y enfermeras en la realización de procedimientos médicos, como la administración de medicamentos, la colocación de sondas, la extracción de sangre y otros procedimientos médicos necesarios.
- **Mantenimiento de la Unidad:** Esto incluye la limpieza y desinfección de las áreas de atención, la preparación de las camas, la reposición de suministros y el mantenimiento del orden en las habitaciones.
- **Acompañamiento y Soporte Emocional:** Pueden brindar apoyo emocional a los pacientes pediátricos y sus familias, creando un ambiente más cómodo y acogedor para los niños en el hospital.
- **Colaboración con el Equipo de Salud:** Trabajan en equipo con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar la atención integral de los pacientes pediátricos. Pueden comunicar cambios en la condición de un paciente y proporcionar información relevante al equipo médico.
- **Registro y Documentación:** Son responsables de mantener registros precisos de las actividades realizadas, los procedimientos administrados y cualquier cambio en el estado de los pacientes. Una documentación adecuada es esencial para la continuidad de la atención.
- **Seguridad y Confort:** Ayudan a mantener un entorno seguro y cómodo para los pacientes pediátricos, asegurándose de que las habitaciones estén limpias, ordenadas y libres de riesgos.
- **Educación y Enseñanza:** En algunos casos, los Técnicos pueden proporcionar educación básica a los pacientes y sus familias sobre cuidados posteriores, medicamentos y procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una unidad de pediatría es esencial para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes jóvenes. Su labor abarca una amplia gama de funciones que contribuyen al bienestar físico, emocional y general de los niños y adolescentes en el entorno hospitalario.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de pediatría despliega un rol fundamental al brindar apoyo directo en la atención de los pacientes. Desde asistir en la higiene personal y la alimentación hasta colaborar en procedimientos médicos y la toma de signos vitales, su presencia asegura que las necesidades básicas de los pacientes sean atendidas con cuidado y compasión.

Además de su función en la atención directa, también desempeñan un papel importante en la creación de un ambiente cómodo y acogedor para los niños y sus familias. Su capacidad para brindar apoyo emocional, acompañar a los pacientes en momentos difíciles y mantener un entorno limpio y seguro contribuye significativamente a la experiencia positiva de los pacientes en la unidad de pediatría.

El trabajo en equipo es una característica clave del papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en esta unidad. Colaboran estrechamente con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para proporcionar atención integral y cohesiva. Al comunicar cambios en la condición de los pacientes, ayudar en procedimientos médicos y mantener registros precisos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-pediatricos/>

Capítulo 544

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACION DEL NEONATO

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

TABITA TULAC NECHITA

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

1 Introducción

La alimentación de los neonatos es un aspecto crítico en su atención médica temprana. Los neonatos, o recién nacidos, requieren un cuidado especializado debido a su fragilidad y a las necesidades únicas de desarrollo. En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería adquiere una importancia significativa en la unidad de neonatología. El período neonatal comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé.

La alimentación adecuada es esencial para el crecimiento y desarrollo saludable de los neonatos. Sin embargo, debido a su inmadurez fisiológica, muchos neonatos no pueden ser alimentados de la misma manera que los bebés más

grandes. Aquí es donde entra en juego el papel crucial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la alimentación de los neonatos.

En esta serie de respuestas, exploraremos en detalle cómo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en la alimentación de los neonatos en la unidad de neonatología. Desde la preparación de la fórmula o leche materna hasta la administración de la alimentación y la observación de posibles dificultades, los técnicos desempeñan un papel esencial en garantizar que los neonatos reciban los nutrientes necesarios para su salud y desarrollo óptimos.

2 Objetivos

- Importancia de la alimentación del neonato en determinadas situaciones
- Funciones de un técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para la alimentación del neonato

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la alimentación del neonato es esencial para garantizar que los recién nacidos reciban los nutrientes y cuidados adecuados durante sus primeros días de vida. Las funciones de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este contexto son vitales y abarcan una variedad de responsabilidades relacionadas con la preparación, administración y observación de la alimentación de los neonatos. Algunas de estas funciones incluyen:

- Preparación de la Fórmula o Leche Materna: Los técnicos pueden preparar la fórmula para los neonatos que no están siendo amamantados, siguiendo las instrucciones precisas de los médicos y las enfermeras. Esto implica medir y mezclar

la fórmula de acuerdo con las pautas establecidas y garantizar la esterilidad del proceso.

- **Ayuda en la Lactancia Materna:** Si una madre está amamantando a su bebé, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede brindar apoyo a la madre en términos de posicionamiento del bebé durante la lactancia y asegurarse de que el proceso se realice de manera cómoda y adecuada.
- **Administración de la Alimentación:** Bajo la supervisión de enfermeras o médicos, pueden administrar la alimentación a los neonatos mediante biberón o sonda, asegurándose de que la cantidad y el ritmo sean los adecuados para cada bebé.
- **Registro de la Alimentación:** Es importante mantener un registro preciso de las alimentaciones proporcionadas a cada neonato. pueden ser responsables de documentar la cantidad de alimento administrado y el tiempo de cada alimentación.
- **Observación de la Alimentación:** Durante y después de la alimentación, los técnicos pueden observar al neonato en busca de cualquier signo de dificultades en la alimentación, como atragantamientos o regurgitaciones. Deben informar a las enfermeras o médicos de cualquier problema que observen.
- **Higiene y Cuidado del Neonato:** Antes y después de la alimentación, pueden ayudar en la higiene y el cuidado general del neonato, asegurando que estén limpios y cómodos.
- **Comunicación con el Equipo de Salud:** Los técnicos son un eslabón importante en la cadena de comunicación entre el personal de enfermería y los médicos. Si notan algún cambio en el comportamiento o la condición del neonato durante la alimentación, deben informarlo al equipo de salud de inmediato.
- **Apoyo Emocional a los Padres:** Los auxiliares pueden brindar apoyo emocional a los padres durante la alimentación de sus neonatos, ofreciendo consejos y respondiendo preguntas básicas.

5 Discusión-Conclusión

Su presencia y participación en el proceso de alimentación contribuyen significativamente a garantizar que los neonatos reciban los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros días y semanas de vida.

Tal y como hemos mencionado sus funciones abarcan desde la preparación de la fórmula o la leche materna hasta la administración de la alimentación y la observación cuidadosa de cualquier indicio de dificultades. La documentación precisa de la cantidad de alimento administrado y la comunicación constante con el equipo de enfermería y médico son aspectos cruciales de su papel.

Además, el técnico también brinda un apoyo emocional invaluable a los padres guiándolos en aquellos aspectos que los padres pueden tener dudas o miedos, el técnico tratará de cerca con los padres por lo que es importante que tenga una gran capacidad para comunicarse con los adultos y sepa resolver las dudas a los padres.

6 Bibliografía

- Bases de datos; Pubmed y Scielo

Capítulo 545

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UCI

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

TABITA TULAC NECHITA

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno médico crucial donde se brinda atención a pacientes en estado crítico que requieren monitoreo constante y cuidados intensivos. En este contexto altamente especializado, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña una función esencial para el bienestar y la recuperación de los pacientes. A lo largo de esta serie de respuestas, exploraremos en detalle las responsabilidades y contribuciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, destacando cómo su participación es fundamental para garantizar una atención integral y humanitaria a aquellos que se encuentran en situaciones médicas graves.

La estructura de una Unidad de Cuidados Intensivos y el número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede variar según varios factores, como el

tamaño del hospital, la cantidad de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos, la complejidad de los casos atendidos y las regulaciones locales. En general, la cantidad de técnicos en una Unidad de Cuidados Intensivos depende de la carga de trabajo y las necesidades de cuidados de los pacientes críticos.

Estas unidades suelen ser entornos altamente especializados que requieren una alta proporción de personal de enfermería y técnicos para garantizar una atención continua y de alta calidad. Dado que los técnicos trabajan en conjunto con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud, su número puede ser relativamente significativo para asegurar la atención integral y segura de los pacientes.

2 Objetivos

- Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos
- Importancia y coordinación con el resto de personal sanitario para el buen funcionamiento de la unidad

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es fundamental para brindar atención integral y apoyo a los pacientes críticos. Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos son variadas y abarcan desde la asistencia directa al paciente hasta la colaboración con el equipo médico. Aquí están algunas de las funciones clave:

- Asistencia en la Higiene y Cuidado Personal: ayuda en la higiene personal de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, incluyendo la administración

de baños, cambios de ropa de cama y aseo personal. Esto es crucial para mantener la comodidad y la salud de los pacientes inmovilizados.

- **Monitorización y Registro de Signos Vitales:** pueden ser responsables de tomar y registrar los signos vitales de los pacientes, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura y la saturación de oxígeno. Estos datos son vitales para el seguimiento continuo de la condición del paciente.
- **Asistencia en la Movilización:** Los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos a menudo necesitan ser movilizados para prevenir complicaciones como úlceras por presión y problemas respiratorios. Los técnicos auxiliares pueden ayudar a posicionar y mover a los pacientes de manera segura.
- **Preparación y Administración de Medicamentos:** Bajo la supervisión de enfermeras o médicos, los técnicos pueden preparar y administrar medicamentos a los pacientes, siguiendo las pautas y dosis indicadas.
- **Apoyo en Procedimientos Médicos:** Pueden asistir a médicos y enfermeras en la realización de procedimientos médicos, como la inserción de catéteres, el cambio de apósitos y otros procedimientos necesarios.
- **Alimentación y Nutrición:** En caso de que los pacientes no puedan alimentarse por sí mismos, pueden ayudar en la administración de la alimentación por sonda y en la observación de la respuesta del paciente.
- **Mantenimiento del Entorno:** mantienen la limpieza y la organización en el entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos, garantizando que las áreas estén libres de riesgos y sean seguras para los pacientes y el personal.
- **Apoyo Emocional y Comunicación con los Pacientes:** el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, creando un ambiente de confianza y tranquilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. También puede facilitar la comunicación entre el paciente y el personal médico.
- **Colaboración con el Equipo de Salud:** trabajan en conjunto con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y cohesiva para los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es de suma importancia para garantizar la atención integral y el bienestar de los pacientes críticos. A través de una serie de funciones esenciales, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un rol fundamental en la coordinación y ejecución de cuidados de alta calidad en un entorno médico altamente especializado.

Desde la asistencia directa en la higiene y cuidado personal hasta la administración de medicamentos, la monitorización de signos vitales y la colaboración con el equipo de salud, los técnicos se involucran activamente en cada aspecto de la atención al paciente en la UCI. Sus habilidades técnicas y apoyo emocional contribuyen a crear un ambiente de confianza tanto para los pacientes como para sus familias en momentos de gran vulnerabilidad.

Por último, es importante destacar que en cualquier Unidad de Cuidados Intensivos es un entorno cada detalle importa y dónde la coordinación precisa es esencial para la recuperación de los pacientes críticos. Los técnicos desempeñan un papel integral al colaborar estrechamente con el personal de enfermería y médico para garantizar que las necesidades de los pacientes se aborden de manera efectiva y eficiente.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 546

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

1 Introducción

La Atención Primaria en el ámbito de la sanidad se refiere al nivel básico y fundamental de atención médica y de salud que se brinda a las personas en una comunidad o sociedad. Es el primer punto de contacto que los individuos tienen con el sistema de salud y generalmente se proporciona en centros de salud, consultorios médicos y clínicas locales.

La Atención Primaria tiene como objetivo abordar las necesidades de salud más comunes y básicas de las personas, como enfermedades menores, prevención, promoción de la salud y seguimiento de condiciones crónicas.

En el ámbito de la Atención Primaria, existen varios tipos de auxiliares administrativos que desempeñan funciones específicas para mantener el funcionamiento eficiente de los centros de salud, clínicas y consultorios. A continuación, se presentan algunos tipos comunes de auxiliares administrativos en este contexto:

- **Auxiliar de Recepción:** Estos auxiliares son responsables de recibir a los pacientes, registrar su información básica, gestionar las citas y dirigir a los pacientes hacia las áreas correspondientes del centro de salud. También pueden atender llamadas telefónicas y proporcionar información inicial sobre los servicios.
- **Auxiliar de Archivo:** Los auxiliares de archivo son encargados de organizar y mantener los registros médicos y administrativos de los pacientes. Se aseguran de que la información esté bien clasificada, actualizada y accesible cuando sea necesario.
- **Auxiliar de Facturación:** Estos auxiliares se encargan de la gestión de la facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes. Esto incluye registrar los procedimientos realizados, calcular costos, generar facturas y coordinar con los pacientes y las aseguradoras para garantizar un proceso de facturación adecuado.
- **Auxiliar de Gestión de Citas o Telefónico:** Los auxiliares de gestión de citas se encargan de programar y coordinar las citas médicas. Trabajan en colaboración con los profesionales de la salud para administrar los horarios y asegurarse de que las citas se programen de manera eficiente.

2 Objetivos

- Conocer las principales funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo en atención primaria.
- Labor humana del auxiliar administrativo con el paciente y su entorno.

3 Metodología

La metodología empleada en este trabajo consiste en una revisión bibliográfica basada en consultas de revistas especializadas, diferentes artículos en el ámbito sanitario, así como otras fuentes de información secundarias. A partir de diferentes fuentes en la que hemos trabajado, hemos desarrollado, interpretado y concluido argumentando en líneas generales lo que entenderemos como figura el auxiliar administrativo en el servicio de Atención Primaria de la Salud.

4 Resultados

Las responsabilidades del auxiliar administrativo en Atención Primaria pueden variar según la organización de salud y el país en el que se encuentre, pero en general, incluyen una serie de tareas y funciones destinadas a mantener el funcionamiento eficiente de la administración y apoyar la prestación de servicios de salud. Algunas de estas responsabilidades comunes son:

Recepción y Atención al Público:

- Recibir y atender a los pacientes que llegan al centro de salud.
- Registrar información básica de los pacientes, como datos de contacto y motivo de la visita.
- Brindar una atención amable y orientar a los pacientes hacia las áreas adecuadas.

Gestión de Citas:

- Programar y coordinar las citas médicas de acuerdo con los horarios disponibles de los profesionales de la salud.
- Confirmar y recordar a los pacientes sobre sus citas previas.

Registro y Documentación:

- Mantener registros precisos y actualizados de pacientes, tratamientos y servicios prestados.
- Ingresar datos en sistemas electrónicos y mantener la integridad de la información.

Gestión de Archivos:

- Organizar y mantener los expedientes médicos de los pacientes, asegurando que estén accesibles y correctamente archivados.

Gestión de Facturación:

- Asistir en la generación y procesamiento de facturas por los servicios médicos prestados.
- Asegurarse de que los registros de procedimientos y tarifas sean precisos.

Atención Telefónica:

- Responder llamadas telefónicas entrantes y proporcionar información a los pacientes.
- Programar citas y responder consultas básicas por teléfono.

Coordinación Interna:

- Colaborar con otros miembros del equipo de salud para asegurarse de que los procesos administrativos estén alineados con las necesidades clínicas.

Gestión de Suministros:

- Mantener un inventario de suministros médicos y de oficina.
- Realizar pedidos y asegurarse de que haya suficientes suministros disponibles.

La labor humana del auxiliar administrativo en Atención Primaria va más allá de las tareas administrativas y se centra en el aspecto humano de la atención médica. Su capacidad para interactuar con compasión y empatía contribuye a una experiencia positiva para los pacientes y sus familias, mejorando la calidad general de la atención médica proporcionada con actitudes y aptitudes como educación básica, acompañamiento, generación confianza, colaboración interdisciplinar..

Documentación y Trámites Administrativos:

- Preparar y archivar documentos administrativos, como formularios de pacientes, informes y correspondencia.

Apoyo en Tareas Administrativas Generales:

- Colaborar en tareas generales de administración, como mantener el orden en el área de recepción y apoyar en la organización de eventos.

Confidencialidad y Ética:

- Mantener la confidencialidad de la información médica y respetar la ética profesional en todo momento.

Atención a Emergencias:

- Actuar de manera adecuada en situaciones de emergencia, como brindar asistencia a pacientes en caso de necesidad.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, un Auxiliar Administrativo es una figura básica, clave y esencial en un rol esencial en todo el área de la atención primaria, siendo un componente básico contribuyendo de manera significativa al correcto funcionamiento con las tareas previamente expuestas anteriormente. Su campo abarca un conjunto de tareas que van apoyos en administraciones generales, documentación de trámites administrativos o toda la gestión de facturación.

Una buena actitud y tramitación por parte del auxiliar administrativo tendrá consecuencias directas en el paciente así como en los familiares del mismo.

La coordinación interna con el resto de compañeros será clave para un correcto funcionamiento y bienestar general.

6 Bibliografía

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Capítulo 547

EL SERVICIO DE SUMINISTROS Y LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SUS TAREAS

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

1 Introducción

El servicio de suministros en un entorno médico es una parte vital para garantizar que los recursos necesarios estén disponibles de manera oportuna y eficiente. Dentro de este contexto, el auxiliar administrativo cumple un rol fundamental al coordinar y gestionar aspectos cruciales relacionados con los suministros médicos y el funcionamiento eficaz de la unidad.

En esta serie de respuestas, exploraremos en detalle las funciones y responsabilidades que desempeña el auxiliar administrativo en el servicio de suministros. Desde el seguimiento de inventario y la gestión de pedidos hasta la coordinación con proveedores y la supervisión de procesos internos, el auxiliar administrativo es un eslabón esencial para asegurar que el flujo de suministros sea fluido y que los recursos médicos estén disponibles cuando más se necesitan.

El Auxiliar Administrativo debe poseer habilidades para coordinar, organizar y gestionar de manera efectiva las tareas de suministro y la disponibilidad de productos en todo lo que respecta a la sección de almacén. Su enfoque en la precisión, la comunicación y la eficiencia contribuye significativamente al éxito general de la organización ya que debe asegurar que los recursos estén disponibles en el momento que se necesitan y que cumplan las necesidades que puedan tener de los distintos departamentos.

2 Objetivos

- Conocer la participación del auxiliar administrativo en la optimización de los procesos de suministro.
- Garantía de que los recursos estén disponibles en el momento adecuado y en las cantidades necesarias.

3 Metodología

Para la 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 labor del Auxiliar Administrativo en el servicio de suministro es fundamental para garantizar la disponibilidad oportuna y eficiente de los recursos médicos y materiales necesarios para el funcionamiento efectivo de una institución médica. Su función no solo se limita a la gestión administrativa, sino que también contribuye a la atención integral de pacientes y al funcionamiento general del hospital. Algunas de las responsabilidades clave del Auxiliar Administrativo en el servicio de suministro incluyen:

- Procesamiento de Pedidos: El auxiliar administra el proceso de solicitud y adquisición de suministros médicos y materiales necesarios. Se encarga de realizar pedidos a proveedores confiables y de gestionar los plazos de entrega para asegurarse de que los recursos estén disponibles cuando se requieran.

- **Gestión de Inventarios:** debe mantener un registro actualizado de los suministros y materiales disponibles en el hospital. Por lo que tendrá que controlar las existencias, identificar necesidades y evitar escasez o exceso de inventario.
- **Coordinación con Proveedores:** El auxiliar administrativo establece y mantiene una comunicación efectiva con los proveedores de suministros. Esto implica negociar acuerdos de suministro, resolver problemas de entrega y mantener relaciones sólidas para asegurar un flujo constante de suministros de calidad.
- **Recepción y Verificación de Entregas:** Una vez que los suministros llegan al hospital, el auxiliar administrativo verifica que los productos sean los correctos y estén en buen estado. Esto es esencial para garantizar que los materiales cumplan con los estándares de calidad y seguridad.
- **Registro y Documentación:** Llevar registros detallados de las transacciones, pedidos, entregas y existencias es crucial para mantener un seguimiento preciso de los suministros. Esto facilita la toma de decisiones y la planificación estratégica a largo plazo.
- **Colaboración Interna:** El auxiliar administrativo trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos, como el de enfermería y el médico, para comprender las necesidades específicas de suministros y garantizar que se cumplan de manera efectiva.
- **Control de Costos:** Mantener un control eficiente de los gastos relacionados con los suministros es esencial para administrar el presupuesto del hospital. El auxiliar administra los costos y busca oportunidades para optimizar el gasto.
- **Resolución de Problemas:** Ante problemas como demoras en la entrega, productos defectuosos o problemas de inventario, el auxiliar administrativo trabaja para encontrar soluciones rápidas y efectivas para minimizar el impacto en la operación del hospital.

Sobre todas estas funciones y tareas que desarrolla un Auxiliar Administrativo en el servicio de suministro es importante destacar la capacidad y actitud proactiva. Su labor es clave para asegurar que los recursos médicos y materiales estén disponibles de manera eficiente y oportuna. Su labor no solo beneficia a la gestión interna del hospital, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de atención que se brinda a los pacientes y en la operación global de la institución médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Auxiliar Administrativo en el servicio de suministros es esencial para el funcionamiento eficiente y efectivo de una institución médica. A través de su labor en la gestión y coordinación de recursos médicos y materiales, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial que va más allá de la administración puramente administrativa. Su trabajo impacta directamente en la calidad de atención que se brinda a los pacientes, en la optimización de los recursos y en la operación general del hospital.

El auxiliar administrativo es un enlace vital entre los proveedores, los departamentos internos y el personal médico. Su capacidad para llevar un control riguroso de inventarios, procesar pedidos de manera eficiente y establecer relaciones sólidas con proveedores contribuye a mantener un flujo constante de suministros médicos y materiales esenciales.

La gestión de suministros en una institución médica es una tarea compleja que requiere atención meticulosa, planificación estratégica y capacidad para resolver problemas de manera ágil.

En última instancia, el auxiliar administrativo es responsable indirectamente de dar el apoyo a la atención médica de calidad. Su labor en la sombra garantiza que los suministros estén en su lugar para que el equipo médico pueda realizar su trabajo de manera efectiva, mejorando la experiencia tanto para el personal como para los pacientes.

6 Bibliografía

<https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/1444img.pdf>

Capítulo 548

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DENTRO DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

1 Introducción

El servicio de cardiología es una especialidad médica que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y trastornos relacionados con el sistema cardiovascular, que incluye el corazón y los vasos sanguíneos. El objetivo principal de este servicio es mantener la salud cardiovascular, así como tratar las afecciones que puedan afectar el corazón y el sistema circulatorio.

El auxiliar administrativo en un servicio de cardiología desempeña un papel esencial en la gestión y coordinación de las tareas administrativas y operativas relacionadas con la atención de pacientes y el funcionamiento del servicio.

El número de auxiliares administrativos en un servicio de cardiología puede variar según el tamaño del centro médico, la carga de trabajo, el número de pa-

cientes atendidos y otros factores. En general, la cantidad de auxiliares administrativos en un servicio de cardiología dependerá de la necesidad de gestionar eficientemente las tareas administrativas y brindar un servicio de calidad a los pacientes. Puede haber uno o varios auxiliares administrativos, según las dimensiones y la estructura de la institución médica.

Es importante recordar que la organización de personal en cualquier área médica puede cambiar con el tiempo y en función de la demanda, la tecnología y las políticas de gestión. Por lo tanto, la cantidad exacta de auxiliares administrativos en un servicio de cardiología puede variar de un lugar a otro y de un momento a otro.

2 Objetivos

- Explicar la experiencia positiva que brinda el auxiliar administrativo en recepción y registro de pacientes.
- Coordinación de pruebas y procedimientos.

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 describen algunas de las funciones y responsabilidades que un auxiliar administrativo podría tener en el contexto de un servicio de cardiología:

- Gestión de Citas: Programar y coordinar las citas de los pacientes con el cardiólogo, asegurando que los horarios estén organizados de manera eficiente y que se minimicen los tiempos de espera.
- Recepción y Registro de Pacientes: El rol del auxiliar administrativo en la recepción y registro de pacientes en el contexto de un servicio de cardiología es

fundamental para brindar una experiencia positiva desde el momento en que los pacientes llegan al centro médico:

- Bienvenida y Orientación: Ser el primer punto de contacto para los pacientes al llegar al servicio de cardiología. Darles la bienvenida con amabilidad y proporcionar una sensación de comodidad en el entorno.
- Registro de Información: Recolectar y registrar información básica de los pacientes, como nombre, fecha de nacimiento, información de contacto y detalles del seguro médico.
- Historia Médica Preliminar: Recopilar información sobre el motivo de la visita, los síntomas o preocupaciones principales y cualquier información médica relevante que pueda ser útil para el cardiólogo.

La coordinación de pruebas y procedimientos es una parte fundamental de las responsabilidades de un auxiliar administrativo en un servicio de cardiología. Aquí se detallan las tareas y funciones que podría desempeñar un auxiliar administrativo en esta área:

- Programación de Pruebas: Coordinar y programar pruebas cardíacas como electrocardiogramas (ECG), ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo y otros estudios, en función de las indicaciones del cardiólogo y los horarios disponibles.
- Verificación de Requisitos: Asegurarse de que los pacientes estén informados sobre los requisitos previos a las pruebas, como evitar alimentos o medicamentos antes de ciertos procedimientos.
- Explicación de Procedimientos: Brindar información básica a los pacientes sobre el procedimiento que se realizará, qué pueden esperar durante la prueba y cómo deben prepararse.

5 Discusión-Conclusión

En conjunto, los auxiliares administrativos en cardiología desempeñan un rol vital para garantizar que la atención médica sea organizada, eficiente y centrada en el paciente. Su labor contribuye directamente a la calidad del servicio de cardiología y al bienestar de los pacientes que buscan cuidado cardíaco.

La labor de bienestar de un auxiliar administrativo en cardiología se refiere a su

función de crear un ambiente acogedor y favorable tanto para los pacientes como para el personal médico en el servicio de cardiología como son la comunicación empática, comunicación clara, Feedback constructivo, seguimiento positivo..

La labor de bienestar del auxiliar administrativo en cardiología no solo impacta la experiencia de los pacientes, sino también el ambiente de trabajo para el personal médico y administrativo. Al crear un entorno de apoyo y comprensión, contribuyen a un servicio de cardiología que promueve tanto el cuidado médico de calidad como la satisfacción general de las personas involucradas.

6 Bibliografía

-Pubmed

- Scielo

Capítulo 549

FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN DE UNA FRACTURA INFRASINDESMAL DE PERONÉ

LAURA VERGARA SAEZ

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Una fractura infrasindesmal de peroné es una lesión en la parte inferior del hueso peroné, que es uno de los dos huesos largos de la pierna. Esta fractura se produce en la porción inferior del peroné, por debajo del sindesmosis tibiofibular, que es la articulación donde el peroné se une al hueso de la espinilla, llamado tibia. Esta área se encuentra en la parte baja de la pierna, cerca del tobillo.

Las fracturas infrasindesmales de peroné suelen ser el resultado de lesiones traumáticas, como caídas, golpes directos en la pierna o lesiones deportivas. Estas fracturas pueden variar en gravedad desde fracturas estables, donde los fragmentos óseos están en su lugar y no se desplazan significativamente, hasta fracturas más graves que pueden requerir intervención quirúrgica para alinear y fijar los fragmentos óseos.

En esta introducción, exploraremos el papel esencial de la fisioterapia en el proceso de recuperación de una fractura infrasindesmal de peroné. La fisioterapia no solo ayuda a restaurar la función y la movilidad de la pierna afectada, sino que también desempeña un papel crucial en la prevención de complicaciones a largo plazo y en la mejora de la calidad de vida del paciente. A lo largo de este contexto, analizaremos las estrategias y técnicas que los fisioterapeutas utilizan para abordar esta lesión específica y ayudar a los pacientes a recuperar su capacidad funcional.

2 Objetivos

- Explicar las estrategias y técnicas que los fisioterapeutas utilizan para abordar esta lesión específica y ayudar a los pacientes a recuperar su capacidad funcional.

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 del fisioterapeuta en esta situación incluyen:

- Evaluación inicial: Realizar una evaluación completa de la lesión y la condición física del paciente para determinar el alcance de la fractura y cualquier lesión concomitante. Esto incluye la medición de la movilidad, la fuerza muscular, la función articular y la evaluación del dolor.
- Plan de tratamiento: Desarrollar un plan de tratamiento personalizado basado en la evaluación inicial y las necesidades específicas del paciente. Esto puede incluir objetivos de rehabilitación a corto y largo plazo.
- Manejo del dolor: Ayudar al paciente a controlar el dolor mediante técnicas como la terapia manual, la aplicación de modalidades de calor o frío y la prescripción de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento adecuados.

- Movilización y ejercicios pasivos: En las primeras etapas de la recuperación, cuando la carga de peso está restringida, el fisioterapeuta puede realizar movilizaciones pasivas de las articulaciones cercanas a la fractura para mantener la movilidad y prevenir la rigidez.
- Fortalecimiento muscular: Diseñar un programa de ejercicios de fortalecimiento muscular específicos para la pierna afectada y otros grupos musculares relacionados. Esto ayuda a prevenir la atrofia muscular y a recuperar la fuerza perdida.
- Entrenamiento de la marcha: Enseñar al paciente a caminar de manera segura con dispositivos de apoyo, como muletas o andadores, si es necesario. Esto se realiza gradualmente a medida que el paciente avanza en su recuperación.
- Rehabilitación de la propiocepción: Trabajar en la mejora de la propiocepción y el equilibrio para restaurar la estabilidad en la pierna afectada y reducir el riesgo de caídas.
- Educación del paciente: Proporcionar al paciente información sobre su lesión, el progreso de la recuperación y las pautas para el autocuidado en el hogar. Esto puede incluir consejos sobre la higiene de la herida, la actividad física permitida y las precauciones necesarias.
- Seguimiento y ajustes: Realizar evaluaciones periódicas para supervisar el progreso del paciente y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.
- Coordinación con otros profesionales de la salud: Colaborar estrechamente con médicos ortopedas u otros especialistas involucrados en el cuidado del paciente para garantizar una atención integral y coordinada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en la atención y recuperación de pacientes con una fractura infrasindesmal de peroné. Su experiencia y habilidades son esenciales para facilitar una recuperación efectiva y completa, así como para mejorar la calidad de vida del paciente. Las funciones del fisioterapeuta abarcan desde la evaluación inicial y el diseño de un plan de tratamiento personalizado hasta la ejecución de terapias y ejercicios específicos, el manejo del dolor y la educación del paciente.

El fisioterapeuta trabaja en estrecha colaboración con el paciente, adaptando el

tratamiento a las necesidades individuales y supervisando el progreso a lo largo del tiempo. Su objetivo es restaurar la función y la movilidad de la pierna afectada, prevenir complicaciones como la rigidez articular y la atrofia muscular, y ayudar al paciente a volver a su vida cotidiana de manera segura y efectiva.

La rehabilitación después de una fractura infrasindesmal de peroné es un proceso gradual, y el fisioterapeuta desempeña un papel esencial en el éxito de este proceso al guiar al paciente a través de cada etapa de recuperación. Su enfoque en la terapia física y el fortalecimiento es clave para restaurar la función óptima de la extremidad afectada y mejorar la calidad de vida del paciente afectado por esta lesión.

6 Bibliografía

<https://www.fisioterapiaetc.com/fracturas-de-perone/>

Capítulo 550

LA FISIOTERAPIA EN TRATAMIENTOS CON NEURONAS ESPEJO EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

LAURA VERGARA SAEZ

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Los tratamientos basados en el concepto de las "neuronas espejo" han ganado interés en el campo de la fisioterapia y la rehabilitación, y se han utilizado en una variedad de contextos clínicos.

La fisioterapia utilizando neuronas espejo ha emergido como un enfoque innovador en la rehabilitación de pacientes que han experimentado un accidente cerebrovascular (ACV). El ACV puede tener un impacto significativo en la función motora y la calidad de vida de los pacientes, y la fisioterapia basada en neuronas

espejo se ha diseñado para aprovechar la capacidad del cerebro de aprender y recuperar habilidades motoras a través de la observación y la imitación. En esta introducción, exploraremos las funciones cruciales del fisioterapeuta en el contexto de los tratamientos con neuronas espejo para la rehabilitación de pacientes con ACV.

Estas funciones abarcan desde la evaluación inicial y la planificación del tratamiento hasta la implementación de técnicas específicas basadas en neuronas espejo y la supervisión constante del progreso del paciente. La fisioterapia con neuronas espejo representa una prometedora vía para mejorar la recuperación y la calidad de vida de los pacientes después de un ACV, y el fisioterapeuta juega un papel fundamental en este proceso de rehabilitación. Gracias al trabajo de todos, la fisioterapia va ganando campo en distintos contextos clínicos.

2 Objetivos

- Explicar las distintas funciones y tratamientos del fisioterapeuta en el contexto de los tratamientos con neuronas espejo para la rehabilitación de pacientes con ACV.

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 actividades del fisioterapeuta en tratamientos con neuronas espejo en la rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) son variadas y diseñadas para ayudar al paciente a recuperar la función motora y mejorar la calidad de vida. Estas actividades pueden incluir:

- Evaluación inicial: Realizar una evaluación completa del paciente para determinar el alcance de las deficiencias motoras causadas por el ACV, incluyendo

la fuerza, la movilidad, la coordinación y la función motora en las extremidades afectadas.

- Establecimiento de metas: Trabajar con el paciente para establecer metas de rehabilitación específicas y alcanzables. Estas metas proporcionan un enfoque claro para el tratamiento y permiten medir el progreso.
- Educación del paciente y la familia: Explicar el enfoque de la terapia con neuronas espejo y cómo puede ayudar en la recuperación. Proporcionar información sobre el impacto del ACV y consejos sobre el autocuidado.
- Sesiones de terapia: Realizar sesiones de terapia con el paciente, que pueden incluir la demostración de movimientos por parte del fisioterapeuta y la guía del paciente para realizar movimientos similares. Estas sesiones están diseñadas para mejorar la coordinación y la calidad de los movimientos.
- Feedback y corrección: Proporcionar retroalimentación constante al paciente durante las sesiones de terapia para mejorar la precisión y la calidad de los movimientos. Corregir la técnica según sea necesario.
- Ejercicios específicos: Diseñar y supervisar ejercicios específicos destinados a mejorar la coordinación, la fuerza, el equilibrio y la movilidad en las extremidades afectadas. Los ejercicios deben adaptarse a las necesidades individuales del paciente.
- Estimulación multisensorial: Incorporar estimulación visual, auditiva y táctil durante las sesiones de terapia para maximizar la activación de las neuronas espejo y mejorar la imitación de movimientos.
- Entrenamiento de la marcha y la movilidad: Trabajar en la mejora de la marcha y la movilidad del paciente, lo que puede incluir la imitación de patrones de movimiento y la práctica de caminar.
- Uso de tecnología: En algunos casos, utilizar tecnología como espejos especiales o dispositivos de realidad virtual para facilitar la terapia con neuronas espejo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el fisioterapeuta desempeña un papel vital en los tratamientos con neuronas espejo en la rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV). Sus funciones abarcan desde la evaluación inicial hasta la implementación

de estrategias terapéuticas específicas y el seguimiento constante del progreso del paciente. La fisioterapia basada en neuronas espejo es una herramienta prometedora en la rehabilitación después de un ACV, ya que busca aprovechar la capacidad del cerebro para aprender y recuperar habilidades motoras a través de la observación y la imitación.

La fisioterapia con neuronas espejo representa una valiosa adición a la rehabilitación del ACV, ayudando a los pacientes a mejorar la coordinación, la fuerza, la movilidad y la independencia funcional. Al centrarse en el principio de la neuroplasticidad, donde el cerebro tiene la capacidad de adaptarse y cambiar, los fisioterapeutas pueden contribuir significativamente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados por esta afección.

6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

Capítulo 551

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA EN PARÁLISIS DE BELL

LAURA VERGARA SAEZ

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La parálisis de Bell, también conocida como parálisis facial de Bell, es una condición médica que afecta al nervio facial, que es el séptimo nervio craneal. Esta afección se caracteriza por una debilidad o parálisis repentina de los músculos de un lado del rostro. A menudo, la parálisis de Bell se desarrolla de manera abrupta, en cuestión de horas o días, y puede ser asustadora para quienes la experimentan.

Las causas exactas de la parálisis de Bell no se comprenden completamente, pero se cree que están relacionadas con la inflamación del nervio facial debido a una respuesta del sistema inmunológico o a infecciones virales, como el virus herpes simplex.

Es importante destacar que la parálisis de Bell suele ser temporal y, en la mayoría de los casos, mejora gradualmente con el tiempo. El pronóstico es generalmente bueno, y muchos pacientes recuperan la mayoría de sus funciones faciales en

semanas o meses. Sin embargo, en algunos casos, pueden persistir debilidades leves o secuelas residuales.

En esta introducción, exploraremos las funciones cruciales del fisioterapeuta en el tratamiento de la parálisis de Bell. Estas funciones incluyen la evaluación inicial del paciente, el diseño de un plan de tratamiento personalizado, la implementación de terapias específicas y el seguimiento continuo del progreso. La fisioterapia busca ayudar a los pacientes a recuperar la función facial, restaurar la simetría y mejorar la calidad de vida a medida que se enfrentan a esta condición desafiante.

2 Objetivos

- Funciones cruciales del fisioterapeuta en el tratamiento de la parálisis de Bell desde el diseño de un plan hasta el seguimiento del progreso.

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 del fisioterapeuta en el tratamiento de la parálisis de Bell incluyen:

- Evaluación inicial: Realizar una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la extensión de la debilidad o parálisis facial, así como cualquier disfunción muscular o asimetría facial. Esto implica observar la fuerza, la movilidad y la coordinación de los músculos faciales.
- Planificación del tratamiento: Diseñar un plan de tratamiento individualizado basado en la evaluación inicial y las necesidades específicas del paciente. El plan debe incluir objetivos claros y alcanzables para la rehabilitación facial.
- Educación del paciente: Explicar la naturaleza de la parálisis de Bell, su curso probable y el papel de la fisioterapia en la recuperación. Proporcionar al paciente

y a su familia pautas sobre ejercicios y cuidados en el hogar.

- Terapia de ejercicios faciales: Enseñar y guiar al paciente a través de una serie de ejercicios específicos diseñados para fortalecer los músculos faciales afectados. Estos ejercicios pueden incluir sonrisas, ceñir los ojos, fruncir el ceño y otros movimientos faciales.
- Masoterapia: Utilizar técnicas de masaje suave en los músculos faciales para mejorar la circulación sanguínea, reducir la rigidez y aliviar la tensión muscular.
- Técnicas de relajación: Enseñar al paciente técnicas de relajación, como la aplicación de calor húmedo o la estimulación eléctrica, para aliviar la tensión muscular en la cara.
- Estimulación eléctrica: En algunos casos, utilizar la estimulación eléctrica neuromuscular para ayudar a activar y fortalecer los músculos faciales.
- Entrenamiento para la rehabilitación funcional: Ayudar al paciente a aprender a realizar actividades diarias, como comer, beber, hablar y expresarse facialmente, a pesar de la debilidad facial.
- Seguimiento y ajuste del plan de tratamiento: Evaluar regularmente el progreso del paciente y modificar el plan de tratamiento según sea necesario para abordar las necesidades cambiantes a lo largo de la recuperación.
- Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional al paciente, ya que la parálisis facial puede tener un impacto significativo en la autoestima y la calidad de vida. Ayudar al paciente a adaptarse emocionalmente a los cambios en su apariencia facial.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el tratamiento y la rehabilitación de la parálisis de Bell, una afección que afecta la función facial debido a la debilidad o parálisis de los músculos faciales. A lo largo de la atención al paciente con parálisis de Bell, el fisioterapeuta realiza una serie de funciones clave que incluyen la evaluación inicial, la planificación del tratamiento, la implementación de terapias específicas y el seguimiento del progreso.

La fisioterapia en la parálisis de Bell busca restaurar la función facial, reducir la asimetría y mejorar la calidad de vida del paciente. Esto se logra a través de

ejercicios faciales específicos, masoterapia, técnicas de relajación y, en algunos casos, la estimulación eléctrica. El fisioterapeuta también desempeña un papel crucial en la educación del paciente y la familia, proporcionando información sobre la afección y cómo abordarla.

La atención del fisioterapeuta es esencial para ayudar al paciente a adaptarse emocionalmente a los cambios en su apariencia facial y para apoyar su recuperación física y funcional. Si bien la parálisis de Bell puede ser una experiencia desafiante, la fisioterapia juega un papel valioso en el proceso de rehabilitación y mejora significativamente las perspectivas de recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

Capítulo 552

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

MARGARITA VIELSA VILLALON

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

1 Introducción

Un área de salud mental se refiere a un campo específico en el ámbito de la atención médica y la salud que se dedica al diagnóstico, tratamiento y cuidado de las condiciones y trastornos relacionados con la salud mental y el bienestar emocional. Estas áreas están diseñadas para proporcionar una atención integral y especializada a personas que enfrentan desafíos de salud mental, que pueden incluir trastornos como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, los trastornos del espectro autista, los trastornos del estado de ánimo, las adicciones y muchos otros.

La actuación del celador en una Unidad de Salud Mental es un aspecto fundamental para el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno especializado en el cuidado de pacientes con trastornos mentales y emocionales. Los celadores son miembros importantes del equipo de atención médica que desempeñan un

papel crucial en la logística y la atención al paciente dentro de la Unidad de Salud Mental.

En esta introducción, exploraremos las responsabilidades y funciones específicas que un celador asume en una Unidad de Salud Mental. Abordaremos cómo su presencia y acciones son esenciales para garantizar un ambiente seguro, respetuoso y terapéutico para los pacientes que requieren atención en este entorno. También destacaremos la importancia de la colaboración y coordinación entre el personal del hospital y cómo el celador contribuye al bienestar general de los pacientes en el ámbito de la salud mental.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del Celador en una unidad de salud mental en el control de acceso y seguridad para garantizar la protección de los pacientes y personal.

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 control de acceso y seguridad por parte del celador en una unidad de salud mental es una función esencial para garantizar la protección de los pacientes, el personal y la integridad de la unidad. Las personas que requieren tratamiento en una Unidad de Salud Mental a menudo están en situaciones emocionales y psicológicas delicadas, y el control de acceso y seguridad es fundamental para prevenir incidentes y mantener un entorno terapéutico. A continuación, se describen algunas de las responsabilidades específicas relacionadas con el control de acceso y seguridad que un celador puede asumir en una unidad de salud mental:

- Verificación de identidad: El celador puede ser responsable de verificar la identidad de todas las personas que ingresan a la unidad, incluyendo pacientes, visi-

tantes y personal. Esto puede incluir el uso de tarjetas de identificación o registros de visitantes para garantizar que solo las personas autorizadas tengan acceso.

- Control de visitantes: El celador puede supervisar la entrada de visitantes a la unidad, asegurándose de que estén registrados y tengan permiso para visitar a los pacientes. Puede proporcionar información sobre las políticas y normas de visita y garantizar que se cumplan.
- Prevención de objetos peligrosos: El celador puede inspeccionar los objetos que ingresan a la unidad, como bolsos, mochilas y paquetes, para asegurarse de que no haya objetos peligrosos o prohibidos que puedan representar una amenaza para la seguridad de los pacientes o el personal.
- Control de llaves y cerraduras: El celador puede tener la responsabilidad de controlar las llaves y cerraduras de las áreas seguras de la unidad, como las salas de seclusión y las áreas de acceso restringido.
- Intervención en situaciones de agitación o conflicto: En caso de que se produzca una situación de agitación, conflicto o agresión, el celador puede ser llamado para ayudar a manejar la situación de manera segura y garantizar la seguridad de todos los involucrados.
- Colaboración con el personal de seguridad: En algunos entornos de salud mental, puede haber personal de seguridad adicional. El celador puede trabajar en colaboración con ellos para garantizar la seguridad general de la unidad.
- Mantenimiento de la confidencialidad: Es esencial que el celador respete y mantenga la confidencialidad de la información relacionada con los pacientes y el tratamiento, cumpliendo con las regulaciones de privacidad y protección de datos.
- Formación en técnicas de desescalación: El celador puede recibir formación en técnicas de desescalación y manejo de crisis para ayudar a lidiar con situaciones potencialmente conflictivas o desafiantes de manera no violenta.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el control de acceso y seguridad realizado por el celador en una unidad de salud mental es una función de suma importancia para garantizar la protección y el bienestar de los pacientes, el personal y el entorno terapéutico en

sí mismo. Las responsabilidades del celador en esta área abarcan desde verificar la identidad de las personas que ingresan a la unidad hasta prevenir la entrada de objetos peligrosos y mantener la seguridad durante situaciones de agitación o conflicto.

La presencia del celador no solo proporciona un ambiente seguro, sino que también contribuye a la privacidad y la confidencialidad de los pacientes, lo que es fundamental en el contexto de la salud mental. Su entrenamiento en técnicas de desescalación y su capacidad para colaborar con otros profesionales de seguridad y atención médica son esenciales para abordar de manera eficiente situaciones desafiantes y mantener un entorno terapéutico.

En última instancia, el celador en salud mental desempeña un papel vital al equilibrar la seguridad y la privacidad de los pacientes, creando un ambiente en el que se pueda llevar a cabo la atención terapéutica y la recuperación de manera efectiva. Su compromiso y habilidades son esenciales para garantizar el éxito de la unidad de salud mental y el bienestar de aquellos que requieren atención en este entorno.

6 Bibliografía

-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>

Capítulo 553

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARGARITA VIELSA VILLALON

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

1 Introducción

La UCI, o Unidad de Cuidados Intensivos, es un área especializada en un hospital o centro de atención médica que se dedica a proporcionar atención médica crítica y de alta intensidad a pacientes que tienen afecciones médicas graves o que están en estado crítico. También se conoce como "unidad de terapia intensiva" o "unidad de cuidados críticos".

La función del celador en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es de vital importancia para garantizar el funcionamiento eficaz y seguro de este entorno médico tan crítico. La UCI es un área donde los pacientes con afecciones médicas graves reciben atención especializada y continua, y la presencia del celador desempeña un papel clave en la asistencia al personal médico y de enfermería, así como en el apoyo a los pacientes y sus familias.

En esta introducción, exploraremos las funciones esenciales que desempeña el celador en una UCI. Estas funciones abarcan desde la asistencia en la movilización y el transporte de pacientes hasta el mantenimiento del orden y la limpieza de la unidad. Además, destacaremos la importancia de la comunicación efectiva y la empatía en la interacción con pacientes y sus seres queridos en este entorno altamente especializado y a menudo emocionalmente desafiante.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de La asistencia en el transporte de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por parte del Celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

La asistencia en el transporte de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una función importante desempeñada por los celadores. El transporte de pacientes en una UCI puede ser necesario por diversas razones, como para someterlos a procedimientos médicos fuera de la UCI, para realizar estudios de diagnóstico por imágenes o para trasladarlos a otras áreas del hospital cuando sea necesario. Aquí se describen los aspectos clave de la asistencia en el transporte de pacientes en la UCI por parte del celador:

- Preparación del paciente: Antes de iniciar el transporte, el celador se asegura de que el paciente esté debidamente preparado y cómodo para el traslado. Esto puede incluir verificar que las vías intravenosas (IV) estén seguras y funcionando correctamente, que el paciente esté bien acomodado en la cama o en una silla de ruedas especializada, y que esté conectado a los equipos médicos necesarios.
- Coordinación del transporte: El celador coordina el transporte del paciente con el personal de enfermería y médico de la UCI. Esto implica comunicarse con el

equipo de atención para asegurarse de que el traslado se realice de manera segura y en el momento adecuado.

- Manejo del equipo médico: Durante el transporte, el celador es responsable de garantizar que todos los equipos médicos, como monitores cardíacos, bombas de infusión y ventiladores mecánicos, estén funcionando adecuadamente y que el paciente esté conectado a ellos de manera segura.
- Comunicación con el paciente: El celador se comunica de manera tranquilizadora y efectiva con el paciente durante el transporte. Puede proporcionar información sobre el proceso y responder a las preguntas o preocupaciones del paciente para reducir la ansiedad.
- Seguridad durante el transporte: El celador se asegura de que el paciente esté seguro durante el transporte y que se sigan todas las medidas de seguridad, como el uso de cinturones de seguridad en sillas de ruedas o camillas, y la estabilidad de los equipos médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la asistencia en el transporte de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desempeñada por el celador es una función esencial que contribuye significativamente al cuidado y bienestar de los pacientes en este entorno crítico de atención médica. Esta tarea requiere una combinación de habilidades técnicas, empatía y coordinación efectiva con el equipo de atención médica.

El celador se encarga de preparar al paciente de manera adecuada antes del transporte, asegurándose de que esté cómodo y conectado de manera segura a los equipos médicos necesarios. Durante el transporte, el celador brinda apoyo y comunicación tranquilizadora al paciente, garantizando su seguridad y comodidad. La colaboración con el equipo de enfermería y médico es esencial para coordinar el transporte de manera segura y oportuna.

La documentación cuidadosa y la comunicación efectiva son aspectos clave de esta función, ya que permiten un seguimiento adecuado del paciente y aseguran la continuidad de la atención. En última instancia, la asistencia en el transporte de pacientes en la UCI por parte del celador contribuye a garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera segura y que se minimice cualquier riesgo durante el traslado. Esta labor es esencial para el funcionamiento eficaz y seguro de la UCI y el bienestar de los pacientes en situaciones críticas de

salud.

6 Bibliografía

- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-sus-funciones-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Capítulo 554

FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA

MARGARITA VIELSA VILLALON

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

1 Introducción

La función del celador en una planta hospitalaria es esencial para garantizar el funcionamiento adecuado y seguro de la unidad. Las plantas hospitalarias son áreas donde los pacientes reciben atención médica general y donde se lleva a cabo una variedad de funciones clínicas y logísticas. El celador desempeña un papel fundamental en la asistencia al personal médico y de enfermería, la atención a los pacientes y la colaboración en diversas tareas que son esenciales para el buen funcionamiento de la planta.

En esta introducción, exploraremos las funciones clave que desempeña el celador en una planta hospitalaria. En este trabajo queremos destacar la importancia del celador en situaciones de emergencia, además, se encarga de la asistencia en el transporte de pacientes, el mantenimiento de la limpieza y el orden, la colaboración en procedimientos médicos y la atención a las necesidades de los pacientes

y sus familias. También es importante destacar que el celador es una figura importante en la experiencia de los pacientes en el hospital, ya que brinda apoyo y orientación en momentos de vulnerabilidad y estrés.

No existe un número fijo o estándar de celadores en todas las plantas hospitalarias, ya que este puede adaptarse a las necesidades y la demanda de atención médica en un hospital en particular.

2 Objetivos

- Explicar la colaboración del celador en situaciones de emergencia dentro de la planta de un hospital, teniendo un papel clave en la coordinación del hospital.

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 colaboración del celador en situaciones de emergencia en una planta hospitalaria es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal médico y de enfermería, y para responder de manera efectiva ante eventos inesperados o críticos. Algunas de las formas en que un celador colabora en situaciones de emergencia en planta incluyen:

- Asistencia en la llamada de emergencia: Cuando se produce una emergencia, como un paro cardíaco o una situación de riesgo para un paciente, el celador puede ser llamado para prestar asistencia de inmediato. Esto puede incluir ayudar en la reanimación cardiopulmonar (RCP) o en la administración de medicamentos según las indicaciones del personal médico.
- Ayuda en la movilización de pacientes: En situaciones de emergencia, es posible que sea necesario mover rápidamente a los pacientes a lugares seguros o áreas

de tratamiento específicas. El celador puede colaborar en el traslado de pacientes de manera segura y eficiente.

- Colaboración con el personal médico y de enfermería: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería durante una emergencia. Puede recibir instrucciones sobre tareas específicas a realizar, como preparar equipos o transportar suministros necesarios.
- Asistencia en la evacuación: En caso de situaciones de emergencia que requieran evacuación de pacientes o áreas de la planta, el celador puede desempeñar un papel clave en la coordinación y el traslado seguro de pacientes hacia áreas seguras.
- Mantenimiento de la calma y el orden: Durante una emergencia, mantener la calma y el orden es fundamental. El celador puede contribuir a mantener un ambiente tranquilo y colaborar en la gestión de la ansiedad de los pacientes y sus familias.
- Registro y documentación: Después de una situación de emergencia, el celador puede colaborar en la documentación de eventos relevantes y detalles sobre las acciones tomadas durante la emergencia. Esto es esencial para el seguimiento y la revisión posterior.
- Colaboración en ejercicios de simulación y capacitación: Los celadores pueden participar en ejercicios de simulación y capacitación periódicos relacionados con situaciones de emergencia. Estos ejercicios ayudan a garantizar que el personal esté preparado y sepa cómo responder de manera adecuada y coordinada en caso de una emergencia real.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la colaboración del celador en situaciones de emergencia en una planta hospitalaria es de suma importancia para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes y el personal médico. El celador desempeña un papel esencial en la respuesta ante eventos críticos, trabajando en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería para llevar a cabo tareas fundamentales.

La capacidad del celador para mantener la calma, seguir instrucciones y colaborar de manera eficaz en momentos de crisis es esencial. Sus acciones pueden incluir asistencia en la reanimación cardiopulmonar (RCP), traslado de pacientes a lugares seguros, colaboración en la evacuación y apoyo emocional a los pacientes

y sus familias.

Además, el celador desempeña un papel en la documentación de eventos relevantes después de una emergencia, lo que es esencial para el seguimiento y la revisión posterior. La participación en ejercicios de simulación y capacitación también contribuye a garantizar que el personal esté preparado para responder de manera adecuada y coordinada en caso de una emergencia real.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 555

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE STOCK DE MATERIAL SANITARIO

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

M^a TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

1 Introducción

El stock de material sanitario, también conocido como inventario de material médico o suministros médicos, se refiere a la cantidad de productos y equipos médicos que una institución de atención médica o un proveedor de servicios de salud tiene en existencia en un momento dado.

La falta de stock de material sanitario puede tener diversas consecuencias negativas en un entorno de atención médica y en la calidad de la atención brindada a los pacientes. La falta de stock de material sanitario puede tener diversas consecuencias negativas en un entorno de atención médica y en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

La gestión de stock de material sanitario es un aspecto fundamental en cualquier entorno de atención médica, ya que garantiza que los suministros y equipos necesarios estén disponibles de manera eficiente y en el momento adecuado para brindar atención a los pacientes. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en esta tarea al llevar a cabo diversas funciones relacionadas con el control y la gestión de los suministros médicos y el material sanitario. En esta introducción, exploraremos la importancia del papel del auxiliar administrativo en la gestión de stock de material sanitario y cómo su trabajo contribuye al funcionamiento eficiente de los servicios de atención médica.

2 Objetivos

- Explicar la importancia del papel del auxiliar administrativo en la gestión de stock de material sanitario y cómo su trabajo contribuye al funcionamiento eficiente de los servicios de atención médica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en la gestión de stock de material sanitario es de gran importancia en cualquier entorno de atención médica por varias razones fundamentales:

- Asegura la disponibilidad de suministros: El auxiliar administrativo se encarga de llevar un registro constante de los niveles de stock de material sanitario. Esto garantiza que los suministros esenciales estén disponibles en todo momento para brindar atención a los pacientes. La disponibilidad oportuna de suministros contribuye a la atención médica eficiente y a la satisfacción del paciente.
- Evita interrupciones en la atención: Al monitorear y prever la reposición de suministros antes de que se agoten, el auxiliar administrativo ayuda a evitar in-

interrupciones en la atención médica. Esto es esencial para mantener la continuidad de los tratamientos y procedimientos médicos, así como para prevenir demoras en la atención de los pacientes.

- Optimiza los recursos: Una gestión eficaz del stock de material sanitario implica mantener un equilibrio entre tener suficientes suministros para las necesidades actuales y evitar el exceso de inventario. Esto contribuye a optimizar los recursos financieros de la institución de salud al reducir costos relacionados con el almacenamiento y la gestión de inventario.
- Promueve la seguridad del paciente: Al garantizar que los suministros estén disponibles, el auxiliar administrativo contribuye a la seguridad del paciente. Esto incluye asegurarse de que se disponga de material de protección adecuado para prevenir infecciones cruzadas y proporcionar un ambiente seguro y limpio para la atención médica.
- Facilita la planificación a largo plazo: El auxiliar administrativo puede colaborar en la planificación a largo plazo de las necesidades de suministros, lo que permite una adquisición más estratégica y económica de material sanitario. Esto puede incluir la identificación de proveedores confiables, la evaluación de contratos de suministro y la búsqueda de oportunidades para obtener descuentos por volumen.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en la gestión de stock de material sanitario es de gran importancia en cualquier entorno de atención médica por varias razones fundamentales:

Asegura la disponibilidad de suministros: El auxiliar administrativo se encarga de llevar un registro constante de los niveles de stock de material sanitario. Esto garantiza que los suministros esenciales estén disponibles en todo momento para brindar atención a los pacientes. La disponibilidad oportuna de suministros contribuye a la atención médica eficiente y a la satisfacción del paciente.

Evita interrupciones en la atención: Al monitorear y prever la reposición de suministros antes de que se agoten, el auxiliar administrativo ayuda a evitar interrupciones en la atención médica. Esto es esencial para mantener la continuidad de los tratamientos y procedimientos médicos, así como para prevenir demoras en la atención de los pacientes.

Optimiza los recursos: Una gestión eficaz del stock de material sanitario implica mantener un equilibrio entre tener suficientes suministros para las necesidades actuales y evitar el exceso de inventario. Esto contribuye a optimizar los recursos financieros de la institución de salud al reducir costos relacionados con el almacenamiento y la gestión de inventario.

Promueve la seguridad del paciente: Al garantizar que los suministros estén disponibles, el auxiliar administrativo contribuye a la seguridad del paciente. Esto incluye asegurarse de que se disponga de material de protección adecuado para prevenir infecciones cruzadas y proporcionar un ambiente seguro y limpio para la atención médica.

Facilita la planificación a largo plazo: El auxiliar administrativo puede colaborar en la planificación a largo plazo de las necesidades de suministros, lo que permite una adquisición más estratégica y económica de material sanitario. Esto puede incluir la identificación de proveedores confiables, la evaluación de contratos de suministro y la búsqueda de oportunidades para obtener descuentos por volumen.

6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

Capítulo 556

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS A LA ASISTENCIA SANITARIA

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

M^a TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

1 Introducción

Las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria son servicios, procedimientos y actividades que van más allá de la atención médica y clínica tradicional y que están diseñados para mejorar la experiencia del paciente, brindar un enfoque más integral de la atención médica y satisfacer sus necesidades tanto médicas como administrativas. Estas prestaciones tienen como objetivo proporcionar un apoyo adicional a los pacientes y facilitar la gestión de la atención médica en general.

Las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria son un componente esencial de la atención médica integral que se brinda en hospitales y centros de

salud. Estas prestaciones van más allá de los servicios médicos y clínicos tradicionales, abarcando aspectos como la gestión de citas, el registro de pacientes, la facturación y el mantenimiento de registros, entre otros. En esta introducción, exploraremos el papel crucial del auxiliar administrativo en la gestión de las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria y cómo su trabajo contribuye a una atención médica más completa y eficiente para los pacientes en el proceso de recepción y registro de solicitudes.

En resumen, las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria son una parte esencial de la atención médica moderna y se centran en la gestión administrativa, la comodidad del paciente y la mejora de la experiencia general de atención. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel clave en la prestación de estos servicios, lo que permite a los profesionales de la salud concentrarse en la atención clínica mientras se asegura una atención completa y eficiente para los pacientes.

2 Objetivos

- Explicar el proceso de recepción y registro de solicitudes del auxiliar administrativo en la gestión de las prestaciones complementarias a la asistencia 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

El proceso de recepción y registro de solicitudes es una función clave del auxiliar administrativo en la gestión de las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria. A continuación, se describe cómo se lleva a cabo este proceso:

Recepción de Solicitudes:

Los pacientes o sus representantes legales presentan sus solicitudes para prestaciones complementarias en el área de recepción o admisión del hospital o centro de salud.

El auxiliar administrativo recibe a los pacientes de manera cordial y profesional, proporcionándoles la bienvenida y la asistencia inicial.

El auxiliar verifica la documentación requerida para la solicitud, como identificación, referencias médicas o formularios específicos, según el tipo de prestación complementaria que se solicite.

Registro de Solicitudes:

Una vez que se verifica la documentación, el auxiliar administrativo registra la solicitud en el sistema de gestión de pacientes o en una base de datos específica. La información registrada incluye datos personales del paciente, detalles de contacto, información de seguros médicos si corresponde, y los detalles de la prestación complementaria solicitada. Se asigna un número de seguimiento o un código único a la solicitud para facilitar su seguimiento y referencia futura.

El auxiliar administra de manera eficiente la documentación física relacionada con la solicitud, como formularios impresos o documentos médicos, asegurándose de que se almacenen de manera segura y estén disponibles para su revisión por parte del personal autorizado.

Comunicación con el Paciente:

El auxiliar administrativo mantiene una comunicación regular y efectiva con el paciente para proporcionar actualizaciones sobre el estado de su solicitud y para aclarar cualquier pregunta o inquietud que pueda surgir. Se informa al paciente sobre los plazos esperados para la aprobación o denegación de su solicitud y sobre los pasos a seguir en el proceso.

Coordinación Interna:

El auxiliar administra la distribución de solicitudes a los departamentos o equipos correspondientes dentro del hospital o centro de salud para su revisión y aprobación.

Colabora con otros profesionales de la salud y con el personal de administración para garantizar que se cumplan todos los requisitos y procedimientos necesarios para cada prestación complementaria.

Seguimiento y Registro de Resultados:

Una vez que se toma una decisión sobre la solicitud (aprobación o denegación),

el auxiliar registra el resultado en el sistema. Si la solicitud es aprobada, el auxiliar puede coordinar la entrega o la programación de la prestación complementaria con el paciente y el personal médico. Si la solicitud es denegada, se notifica al paciente y se proporciona información sobre los motivos de la denegación y posibles recursos o pasos a seguir.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el proceso de recepción y registro de solicitudes desempeñado por el auxiliar administrativo en la gestión de las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria es esencial para brindar una atención médica integral y eficiente a los pacientes. Esta función garantiza que las solicitudes de prestaciones complementarias se gestionen de manera ordenada y que se cumplan los requisitos y procedimientos necesarios.

El auxiliar administrativo actúa como el primer punto de contacto para los pacientes que buscan acceder a servicios adicionales más allá de la atención médica tradicional. Su trabajo incluye la recepción de solicitudes, la verificación de documentación, el registro de información precisa y la coordinación con otros departamentos y profesionales de la salud.

6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

Capítulo 557

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

M^a TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

1 Introducción

La participación del auxiliar administrativo en el laboratorio de análisis clínicos es un aspecto fundamental para el funcionamiento eficiente de este entorno de atención médica. El laboratorio de análisis clínicos desempeña un papel crucial en el diagnóstico, monitoreo y tratamiento de enfermedades, y el auxiliar administrativo contribuye de manera significativa en la gestión de tareas administrativas y logísticas que son esenciales para su operación.

En esta introducción, exploraremos la relevancia del papel del auxiliar administrativo en el laboratorio de análisis clínicos y cómo su trabajo es fundamental para la coordinación y eficiencia en la obtención, procesamiento y entrega de resultados de análisis que son vitales para la toma de decisiones médicas. Explicaremos la importancia de la recepción de muestras de análisis clínicos. La recepción

de muestras de análisis clínicos es una tarea crítica que requiere precisión, atención al detalle y un alto nivel de organización. El auxiliar administrativo juega un papel fundamental en esta fase inicial del proceso de análisis, contribuyendo a la calidad y la integridad de los resultados que se proporcionarán a los médicos y los pacientes. Su compromiso con la seguridad del paciente y la integridad de las muestras es esencial para garantizar que los médicos y el personal de salud tengan la información necesaria para tomar decisiones médicas informadas y brindar el mejor cuidado posible a los pacientes.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la recepción de muestras de análisis clínicos por parte de un auxiliar administrativo en el laboratorio de análisis clínicos.

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 recepción de muestras de análisis clínicos es una de las funciones críticas que desempeña un auxiliar administrativo en el laboratorio de análisis clínicos. Esta función es esencial para garantizar que las muestras se reciban de manera adecuada, se registren de manera precisa y se procesen de manera eficiente. A continuación, se describen las responsabilidades específicas del auxiliar administrativo en la recepción de muestras:

- Recepción de Muestras: El auxiliar administrativo recibe físicamente las muestras de los pacientes que llegan al laboratorio. Esto puede incluir sangre, orina, tejido, hisopos u otras muestras biológicas.
- Verificación de Etiquetas: Asegura que cada muestra esté debidamente etiquetada con la información del paciente, incluyendo el nombre, fecha de nacimiento,

número de identificación y otros datos relevantes. La verificación de etiquetas es crucial para evitar errores en la identificación de las muestras.

- Registro de Muestras: Ingresa la información de las muestras en el sistema de registro del laboratorio. Esto puede incluir la creación de registros electrónicos o el registro en un formulario físico. La información registrada suele incluir el tipo de muestra, el paciente, la fecha y la hora de recepción.
- Gestión de Solicitudes de Análisis: Verifica que las solicitudes de análisis clínicos proporcionadas por los médicos o el personal médico sean completas y que coincidan con las muestras recibidas.
- Seguridad de Muestras: Asegura que las muestras se almacenen y manipulen de manera segura y cumpliendo con los procedimientos de bioseguridad, garantizando la integridad de las muestras y la prevención de contaminación.
- Registro de Problemas o Desviaciones: Si se detectan problemas o desviaciones en la recepción de muestras, como etiquetas ilegibles o información faltante, el auxiliar administrativo debe registrar estos problemas y notificar al personal técnico o científico para su corrección.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la función del auxiliar administrativo en la recepción de muestras de análisis clínicos es esencial para garantizar un proceso de laboratorio eficiente y preciso. A través de la recepción adecuada de muestras y la verificación de datos, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la prevención de errores en la identificación de pacientes y muestras, lo que a su vez contribuye a la fiabilidad de los resultados de análisis clínicos.

La labor del auxiliar administrativo en la recepción de muestras implica una combinación de habilidades administrativas, de comunicación y organizativas. Este profesional se asegura de que cada muestra se registre con precisión, se coordine eficientemente y se procese de acuerdo con los estándares de calidad y seguridad. Además, su capacidad para manejar la documentación y la información de manera adecuada es fundamental para el flujo de trabajo en el laboratorio.

En última instancia, la labor del auxiliar administrativo en la recepción de muestras contribuye a la atención médica de alta calidad al proporcionar resultados de análisis clínicos confiables y oportunos.

6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

Capítulo 558

CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

1 Introducción

La enfermería desempeña un papel esencial en la prestación de cuidados paliativos a pacientes en su propio hogar. Los cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades graves o terminales, aliviando el dolor y otros síntomas, brindando apoyo emocional y mejorando la comodidad del paciente.

La enfermera realiza una revisión de su historial médico, la identificación de sus necesidades físicas, emocionales y sociales, también una evaluación de los síntomas y el dolor.

Después, trabaja en colaboración con el equipo de atención médica para desarrollar un plan de manejo del dolor y otros síntomas. Si el paciente tiene úlceras por presión u otras heridas, la enfermera proporciona cuidados de heridas especializados y se asegura de que el paciente esté cómodo.

Será el apoyo emocional al paciente y a la familia, ayudándolos a afrontar los desafíos emocionales y psicológicos asociados con una enfermedad grave o terminal. También serán los encargados de educar al paciente y sus seres queridos sobre la enfermedad, los tratamientos y cómo cuidar al paciente en el hogar. Después del fallecimiento del paciente, la enfermera brinda apoyo a la familia en su proceso de duelo y ayuda con los trámites administrativos si fuese necesario.

En resumen, la enfermería desempeña un papel fundamental en la atención de cuidados paliativos a domicilio, asegurando que los pacientes reciban una atención compasiva, centrada en sus necesidades y que mejore su calidad de vida en las etapas finales de una enfermedad grave o terminal. La atención proporcionada por las enfermeras en este contexto es integral y se enfoca en aliviar el sufrimiento, controlar los síntomas y brindar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia.

2 Objetivos

- Desarrollar el protocolo a seguir para los cuidados paliativos de un paciente.
- Consideraciones clave de la enfermería en los cuidados paliativos a domicilio.

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 cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades graves o terminales, aliviando el dolor y otros síntomas, y brindando apoyo emocional. A continuación, se describe un procedimiento y protocolo general para un paciente en cuidados paliativos. Es importante destacar que estos procedimientos pueden variar según las necesidades individuales del paciente y las pautas de la institución de salud. La atención en cuidados paliativos suele ser altamente personalizada.

Procedimiento y Protocolo de Cuidados Paliativos:

1. Evaluación Inicial:

- Realizar una evaluación integral del paciente, que incluya su historial médico, necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Identificar y priorizar los síntomas y problemas más urgentes, como el dolor, la dificultad para respirar o la ansiedad.

2. Desarrollo de un Plan de Atención Personalizado:

- Trabajar en colaboración con el equipo de atención médica, que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas, para desarrollar un plan de atención específico para el paciente.
- Establecer metas realistas en consulta con el paciente y su familia. Estas metas pueden incluir aliviar el dolor, mejorar la calidad de vida o permitir que el paciente pase tiempo en casa.

3. Control de Síntomas:

- Proporcionar un manejo eficaz del dolor y otros síntomas, utilizando medicamentos, terapias complementarias o técnicas de relajación según sea necesario.

4. Apoyo Emocional y Psicosocial:

- Brindar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia, ayudándoles a lidiar con la ansiedad, la depresión y el duelo.
- Fomentar la comunicación abierta y la toma de decisiones informadas sobre la atención y el tratamiento.

5. Cuidados de Confort:

- Proporcionar cuidados de confort para garantizar que el paciente esté lo más cómodo posible. Esto puede incluir cambios posturales, cuidados de la piel y alivio de síntomas gastrointestinales, entre otros.

6. Educación al Paciente y la Familia:

- Educar al paciente y a su familia sobre la enfermedad, los tratamientos, los medicamentos y cómo administrar la atención en casa.
- Proporcionar información sobre la gestión de síntomas y la identificación de signos de deterioro.

7. Coordinación de la Atención:

- Coordinar y comunicarse eficazmente con el equipo de atención médica y los servicios de apoyo, como cuidadores a domicilio o servicios de hospicio.
- Facilitar la transición del paciente a cuidados paliativos cuando sea necesario.

8. Seguimiento y Evaluación:

- Realizar un seguimiento regular del paciente para evaluar su estado y la efectividad del tratamiento.
- Ajustar el plan de atención según sea necesario y revisar las metas y preferencias del paciente de manera continua.

9. Atención en la Fase Final:

- Proporcionar cuidados paliativos específicos para la fase final de la vida, centrándose en el confort y el alivio de síntomas.

10. Apoyo a la Familia en el Duelo:

- Después del fallecimiento del paciente, brindar apoyo a la familia en su proceso de duelo y ayudar con los trámites administrativos necesarios.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este trabajo, es importante hacer una síntesis sobre las ventajas y desventajas de los cuidados paliativos a domicilio y cómo influye el personal de enfermería para que la situación sea más positiva para el paciente y sus familiares.

Ventajas de los Cuidados Paliativos a Domicilio:

- El paciente puede recibir atención en su entorno familiar, lo que puede aumentar su comodidad y sensación de seguridad.
- La presencia de familiares y seres queridos puede proporcionar un fuerte apoyo emocional para el paciente y ser reconfortante.
- Evitar traslados frecuentes al hospital puede reducir el estrés y la fatiga tanto para el paciente como para la familia.
- Los cuidados paliativos a domicilio suelen ser altamente personalizados y centrados en las necesidades específicas del paciente.

- Los pacientes pueden mantener su dignidad y su calidad de vida al permanecer en su hogar.

Desventajas de los Cuidados Paliativos a Domicilio:

- En algunos casos, la atención médica especializada puede ser limitada en el hogar en comparación con un entorno hospitalario.
- Algunos pacientes pueden requerir equipos médicos especializados que no estén disponibles en el hogar.
- La atención a largo plazo en el hogar puede ser emocionalmente agotadora para los cuidadores familiares.

También, puede requerir la contratación de cuidadores o personal médico adicional, lo que puede ser costoso.

- Las instalaciones en el hogar pueden no ser ideales para proporcionar cuidados avanzados, como la administración de ciertos tratamientos o procedimientos.
- Algunos pacientes y familiares pueden experimentar ansiedad y preocupación sobre la atención en el hogar, especialmente si no están familiarizados con los cuidados paliativos.

No obstante, la elección de recibir cuidados paliativos a domicilio o en un entorno de atención médica depende de las necesidades y preferencias del paciente y su familia, así como de la disponibilidad de recursos y el grado de apoyo necesario.

6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

Capítulo 559

LA EXTRACCIÓN DE SANGRE EN EL CENTRO DE SALUD POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

LORENA AUÑON YEPES

1 Introducción

La extracción de sangre es una de las tareas esenciales que el personal de enfermería realiza en un centro de salud. Este procedimiento, también conocido como venopuntura, tiene una gran importancia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento médico de los pacientes. En esta introducción, exploraremos la relevancia de la extracción de sangre llevada a cabo por el personal de enfermería en el contexto de la atención médica, así como los pasos a seguir para realizarlo correctamente. También desarrollaremos el resto de tareas habituales que suele hacer el personal de enfermería dentro de un centro de salud.

La extracción de sangre es un procedimiento médico fundamental para obtener muestras de sangre que se utilizan en una variedad de análisis clínicos, como pruebas de laboratorio, diagnóstico de enfermedades, seguimiento de tratamientos y evaluación del estado de salud general de un paciente. Este proceso no

solo proporciona información valiosa para el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas, sino que también puede ser vital en situaciones de emergencia o para la donación de sangre.

El personal de enfermería juega un papel central en la extracción de sangre, ya que están capacitados para llevar a cabo este procedimiento de manera segura y eficiente. Además de sus habilidades técnicas, los enfermeros y enfermeras desempeñan un papel clave en la preparación y el apoyo al paciente, brindando un entorno de atención compasiva y profesional que ayuda a reducir la ansiedad y el malestar asociados con la extracción de sangre.

En esta serie de información sobre la extracción de sangre por parte del personal de enfermería, exploraremos los pasos específicos involucrados en este procedimiento, las consideraciones clave de seguridad, la importancia de la comunicación efectiva con el paciente y cómo este proceso contribuye al diagnóstico preciso y la atención integral en el centro de salud.

2 Objetivos

- La extracción de sangre por parte del personal de enfermería.
- Tareas habituales del personal de enfermería en el centro de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras analizar la información mas relevante podemos resumir los pasos y consideraciones importantes a tener en cuenta antes de para llevar a cabo este procedimiento de manera efectiva y segura:

Preparación del entorno y el equipo:

- Asegurarse de que el área de extracción esté limpia y ordenada.

- Contar con suficiente iluminación para realizar el procedimiento de manera segura.
- Disponer de una superficie plana y limpia para organizar los suministros.
- Revisar y preparar todos los materiales necesarios, que incluyen agujas, tubos de extracción, guantes desechables, torniquete, desinfectante de piel, algodón, apósito adhesivo y una bandeja o soporte para organizar los suministros.

Preparación del paciente:

- Explicación del procedimiento y obtención del consentimiento informado.
- Preguntar sobre alergias a materiales o experiencias previas de venopunción.
- Colocar al paciente en una posición cómoda, generalmente sentado en una silla o acostado en una camilla, con el brazo extendido y apoyado.
- Colocar el torniquete en el brazo para dilatar las venas y facilitar la punción.

Higiene de manos y guantes:

- Realizar una higiene adecuada de las manos antes de colocarse los guantes desechables.
- Asegurarse de mantener una técnica aséptica durante todo el procedimiento.

Selección de la vena y punción:

- Inspeccionar y palpar el brazo para identificar una vena adecuada.
- Limpiar la piel del área de punción con un desinfectante, generalmente alcohol o una solución de yodo.
- Insertar la aguja en la vena con un ángulo de aproximadamente 15-30 grados y asegurarse de que la sangre fluya en el tubo de extracción.
- Retirar el torniquete después de que se haya obtenido suficiente sangre.

Recogida de muestras:

- Recolectar las muestras de sangre en los tubos de extracción apropiados según las órdenes médicas.
- Etiquetar cuidadosamente los tubos con la información del paciente y la muestra.

Finalización del procedimiento:

- Retirar la aguja con cuidado y aplicar presión con algodón en el sitio de punción para detener el sangrado.
- Aplicar un apósito adhesivo en el sitio de la punción.
- Desechar adecuadamente los materiales utilizados y realizar la limpieza del área de trabajo.
- Brindar apoyo emocional al paciente y asegurarse de que se sienta cómodo antes de dejar la zona de extracción.

-Registrar el procedimiento en el expediente médico del paciente, incluyendo la cantidad de sangre extraída, la fecha y la hora, y cualquier observación relevante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermería en cualquiera de los ámbitos hospitalarios es crucial para que exista una atención al paciente óptima y efectiva. Proporcionan atención integral y de alta calidad a los pacientes centrada en el paciente, contribuyendo significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes.

La tarea de extracción de sangre es habitual en cualquier centro hospitalario ya que son los únicos encargados de realizar esta tarea y no puede delegarse en ningún otro profesional sanitario. Este procedimiento, cuando se lleva a cabo correctamente, contribuye al diagnóstico preciso, la atención integral y el bienestar del paciente.

Existen multitud de tareas que son exclusivas del personal de enfermería como: la monitorización de signos vitales, administración de medicamentos según las prescripciones médicas, cuidados básicos como la realización de curaciones, vendajes, administración de inyecciones y otros procedimientos médicos, y por último, muy importante la educación del paciente, ayudando a los pacientes a comprender y gestionar su salud.

La profesionalidad, la competencia y la empatía del personal de enfermería son pilares fundamentales en este proceso que desempeña un papel significativo en la atención de salud. Además, la comunicación abierta con el paciente y el trabajo en equipo con otros profesionales de la salud son claves para el éxito.

6 Bibliografía

<https://ifses.es/extraccion-de-sangre/>

Capítulo 560

PAPEL DE LA ENFERMERA DE LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTQUIRÚRGICO

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

1 Introducción

La unidad de dolor agudo postquirúrgico, a menudo llamada unidad de dolor postoperatorio o unidad de manejo del dolor posquirúrgico, es una parte especializada de un hospital o centro médico que se dedica al tratamiento y control del dolor que experimentan los pacientes después de someterse a una cirugía. Esta unidad tiene como objetivo principal proporcionar alivio del dolor adecuado y gestionar eficazmente el malestar postoperatorio para mejorar el bienestar del paciente y acelerar su recuperación.

En esta introducción, exploraremos el papel crítico que desempeña la enfermera en la unidad de dolor agudo postquirúrgico, destacando las técnicas no farmacológicas del enfermero en la unidad del dolor postquirúrgico. La enfermera en esta unidad desempeña un papel clave en la promoción del alivio del dolor y el bienestar general del paciente, lo que contribuye significativamente a su recuperación y satisfacción con la atención médica recibida.

No existe un número fijo o estándar de enfermeros para todas las unidades de dolor postoperatorio, ya que esto puede adaptarse a las necesidades específicas de cada institución de salud.

En general, una unidad de dolor agudo postquirúrgico suele contar con un equipo de enfermeros especializados en el manejo del dolor. Este equipo puede incluir enfermeros clínicos especializados en anestesia, enfermeros de práctica avanzada en el manejo del dolor y enfermeros con capacitación adicional en el control del dolor postoperatorio.

2 Objetivos

- Explicar las principales técnicas no farmacológicas que un enfermero puede utilizar en la unidad de dolor postquirúrgico de un hospital.

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 técnicas no farmacológicas son un componente importante en el manejo del dolor en la unidad de dolor postquirúrgico. Estas técnicas complementan el uso de medicamentos analgésicos y pueden ser eficaces para aliviar el dolor y mejorar la comodidad del paciente. Algunas de las técnicas no farmacológicas que un enfermero puede utilizar en esta unidad incluyen:

- Terapia de calor: Aplicar calor localizado, como compresas tibias o almohadillas térmicas, en la zona donde el paciente siente dolor. El calor puede ayudar a relajar los músculos y aliviar la tensión.
- Terapia de frío: Aplicar frío localizado, como bolsas de hielo o compresas frías, en la zona dolorida. El frío puede reducir la inflamación y adormecer la zona, lo que puede aliviar el dolor.

- Masaje terapéutico: Realizar masajes suaves y terapéuticos en áreas musculares tensas o doloridas para reducir la tensión y mejorar la circulación sanguínea.
- Técnicas de relajación: Enseñar al paciente técnicas de relajación, como la respiración profunda, la meditación o la visualización, para reducir la ansiedad y la percepción del dolor.
- Musicoterapia: Utilizar música suave y relajante como una forma de distracción y para crear un ambiente más tranquilo y cómodo para el paciente.
- Terapia de distracción: Proporcionar al paciente actividades distractoras, como juegos de mesa, lectura, televisión o dispositivos electrónicos, para desviar su atención del dolor.
- Acupuntura o acupresión: En algunos casos, se pueden utilizar técnicas de acupuntura o acupresión para estimular puntos específicos en el cuerpo y aliviar el dolor.
- TENS (Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea): Utilizar un dispositivo TENS que envía corrientes eléctricas suaves a través de la piel para estimular los nervios y reducir la percepción del dolor.
- Reposicionamiento y cambios de postura: Ayudar al paciente a cambiar de posición regularmente y utilizar almohadas o cojines para proporcionar apoyo y alivio del dolor en áreas específicas.
- Ejercicio suave y movilización: Guiar al paciente en ejercicios de movimiento suave y estiramientos para prevenir la rigidez muscular y mejorar la circulación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las técnicas no farmacológicas desempeñan un papel significativo en la unidad de dolor postquirúrgico al ayudar a aliviar el dolor y mejorar la comodidad de los pacientes. Los enfermeros tienen un papel fundamental en la implementación de estas técnicas, que complementan el uso de medicamentos analgésicos y promueven un enfoque integral en el manejo del dolor.

Estas técnicas incluyen la aplicación de calor o frío, masajes terapéuticos, terapias de relajación, musicoterapia, terapia de distracción, acupuntura o acupresión, estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS), cambios de posición, ejerci-

cios suaves y movilización, entre otras. La elección de la técnica adecuada depende de las necesidades individuales del paciente y su respuesta al tratamiento.

La utilización de técnicas no farmacológicas no solo ayuda a reducir la percepción del dolor, sino que también puede disminuir la necesidad de analgésicos opioides y reducir los efectos secundarios asociados con estos medicamentos. Además, estas técnicas promueven la participación activa del paciente en su propio cuidado y bienestar.

6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

Capítulo 561

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRAQUEOTOMÍA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

LORENA BUENDÍA GALERA

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La traqueotomía es un procedimiento médico en el cual se crea una abertura en la tráquea, que es el conducto que lleva el aire desde la garganta hasta los pulmones. Esta abertura, llamada estoma traqueal, se realiza en la parte frontal del cuello, justo por debajo de la laringe (la "manzana de Adán").

El propósito principal de una traqueotomía es proporcionar una vía de aire alternativa cuando la vía respiratoria superior está obstruida o comprometida debido a diversas razones, como:

Problemas respiratorios graves: Cuando una persona tiene dificultades graves para respirar debido a una obstrucción de la vía aérea, parálisis de las cuerdas vocales, daño traqueal o cualquier otra afección que cause una obstrucción en la garganta, la traqueotomía puede proporcionar un acceso más seguro y estable al oxígeno.

Ventilación mecánica: En pacientes que requieren asistencia respiratoria a largo plazo, como aquellos con insuficiencia respiratoria crónica, la traqueotomía per-

mite la conexión de un tubo de ventilación mecánica directamente a la tráquea, lo que facilita la administración de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono.

Lesiones traqueales o cervicales: Después de ciertos tipos de lesiones graves en el cuello o en la tráquea, como traumatismos o quemaduras, puede ser necesario realizar una traqueotomía para asegurar la vía aérea y prevenir complicaciones respiratorias.

Cirugía de cabeza y cuello: En algunos procedimientos quirúrgicos en la cabeza y el cuello, la traqueotomía se realiza temporalmente para proteger las vías respiratorias mientras se trabaja en la zona.

En esta serie de respuestas, exploraremos los cuidados de enfermería en la traqueotomía en detalle. Se abordarán temas como la monitorización del paciente, la higiene y el cuidado de la traqueotomía, la prevención de complicaciones, la alimentación y la comunicación con el paciente. Los enfermeros y enfermeras juegan un papel crucial en el manejo de pacientes con traqueotomía, ya que son responsables de brindar cuidados especializados y apoyo emocional durante el proceso de recuperación.

2 Objetivos

- Explicar las principales funciones de un enfermero en un paciente con traqueotomía contribuyendo a su recuperación y brindando apoyo durante todo el proceso.

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 cuidados de enfermería en la traqueotomía son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente que ha sido sometido a este proced-

imiento. Las funciones del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con traqueotomía son diversas y esenciales para prevenir complicaciones y promover una recuperación exitosa. A continuación, se describen algunas de las principales funciones de enfermería en la traqueotomía:

Monitorización constante:

- Vigilar continuamente la respiración y los signos vitales del paciente, incluyendo la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y la temperatura.

Observar cualquier signo de dificultad respiratoria, como sibilancias, retracciones intercostales o cambios en el color de la piel.

Cuidado del estoma traqueal:

- Realizar cuidados higiénicos y limpieza regular del estoma traqueal para prevenir infecciones.

Cambiar y fijar adecuadamente la cánula traqueal según las indicaciones médicas y las necesidades del paciente.

Asistencia en la movilización:

- Ayudar al paciente a mantener una posición adecuada para facilitar la respiración y prevenir la obstrucción del estoma traqueal.

Proporcionar soporte en la movilización y la higiene personal, adaptándose a las limitaciones que pueda tener el paciente debido a la traqueotomía.

Succión de secreciones:

- Realizar la succión de secreciones del tubo de la traqueotomía de manera cuidadosa y controlada para mantener las vías respiratorias limpias y despejadas.

Controlar y registrar la cantidad y la consistencia de las secreciones eliminadas.

Alimentación y nutrición:

- Evaluar y gestionar las necesidades nutricionales del paciente, que puede requerir una sonda de alimentación o nutrición enteral si no puede comer o beber por vía oral.

Supervisar la ingesta y registrar la tolerancia a la alimentación.

Comunicación y apoyo emocional:

- Facilitar la comunicación del paciente con una traqueotomía, utilizando métodos de comunicación alternativos, como la escritura o el uso de dispositivos de

comunicación asistida.

Brindar apoyo emocional y psicológico al paciente y a sus familiares, ya que una traqueotomía puede ser una experiencia estresante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería desempeñan un papel esencial en la atención de pacientes con traqueotomía. El personal de enfermería es responsable de una amplia gama de funciones que van desde la monitorización constante de signos vitales hasta el cuidado del estoma traqueal, la asistencia en la movilización, la succión de secreciones, la gestión de la alimentación y la comunicación con el paciente.

La atención de enfermería en la traqueotomía se centra en la seguridad y el bienestar del paciente, así como en la prevención de complicaciones. Además, se presta atención especial a la comunicación y al apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares, ya que una traqueotomía puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y en la experiencia del paciente.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-portador-de-traqueotomia/>

Capítulo 562

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA INFANTIL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

LORENA BUENDÍA GALERA

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La educación del paciente y su familia desempeña un papel crítico en el tratamiento de quimioterapia infantil, y es un componente fundamental de la atención proporcionada por el personal de enfermería. Cuando un niño se enfrenta a un diagnóstico de cáncer y requiere quimioterapia, es esencial brindar información y apoyo a los pacientes pediátricos y sus seres queridos para que puedan comprender el proceso de tratamiento, participar activamente en su cuidado y tomar decisiones informadas.

Esta serie de documentos se enfocará en la importancia de la educación del paciente y la familia en el contexto de la quimioterapia infantil, destacando la relevancia de la comunicación efectiva, la adaptación a las necesidades individuales de cada paciente, la gestión de expectativas y la promoción de la toma de decisiones compartidas. Además, se explorarán las estrategias y enfoques que el personal de enfermería puede utilizar para facilitar esta educación de manera

efectiva, ayudando a los niños y sus familias a navegar por los desafíos emocionales y físicos que conlleva el tratamiento oncológico pediátrico.

A lo largo de esta serie de documentos, se abordarán los aspectos clave de la educación del paciente y la familia en el tratamiento de quimioterapia infantil, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y brindar apoyo integral a los niños y sus seres queridos en su viaje hacia la curación y la recuperación.

2 Objetivos

- La importancia de la comunicación entre el personal de enfermería con los pacientes y sus familias.
- Adaptación del personal de enfermería a las diversas situaciones en el tratamiento de quimioterapia infantil.

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 educación del paciente y la familia en el tratamiento de quimioterapia infantil es esencial para garantizar que tanto los niños como sus seres queridos comprendan el proceso, estén preparados para enfrentar los desafíos y colaboren activamente en el cuidado del niño. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la educación, ya que son quienes tienen un contacto continuo con el paciente y la familia durante el tratamiento. Aquí te presento algunas pautas clave para la educación del paciente y la familia:

1. Personalización de la educación: Adapta la información y el enfoque educativo a la edad y nivel de comprensión del niño. Utiliza un lenguaje sencillo y evita el uso de términos médicos complicados. Asegúrate de que los padres o cuidadores también comprendan la información.

2. Entrega de información clara y honesta: Proporciona una descripción clara y honesta del diagnóstico, el tratamiento de quimioterapia y los posibles efectos secundarios. Es importante que la familia tenga expectativas realistas sobre lo que implica el tratamiento.
3. Participación activa de la familia: Involucra a los padres y cuidadores en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento siempre que sea posible. Anima a hacer preguntas y aclarar dudas.
4. Exploración de recursos: Proporciona información sobre recursos adicionales, como grupos de apoyo, servicios de psicología infantil y organizaciones de apoyo a pacientes con cáncer. Ayuda a la familia a acceder a estos recursos si es necesario.
5. Enseñanza de cuidados en el hogar: Educa a los padres sobre cómo cuidar al niño en casa durante y después del tratamiento, incluyendo el manejo de efectos secundarios, la administración de medicamentos orales y la higiene personal.
6. Instrucciones para la administración de medicamentos: Si se requiere que los padres administren medicamentos en casa, asegúrate de que comprendan las dosis, horarios y métodos adecuados. Proporciona demostraciones si es necesario.
7. Manejo de efectos secundarios: Enseña a la familia a identificar y manejar efectos secundarios comunes, como náuseas, vómitos o fiebre. Proporciona información sobre cuándo comunicarse con el equipo médico.
8. Nutrición y dieta: Ofrece orientación sobre la importancia de una dieta equilibrada y adecuada para mantener la fuerza y la salud durante el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la educación del paciente y la familia desempeñan un papel fundamental en el tratamiento de quimioterapia infantil, y el personal de enfermería cumple un rol crucial en este proceso. La información adecuada y el apoyo emocional brindados por los enfermeros son componentes esenciales para empoderar a los niños y sus familias a medida que enfrentan los desafíos asociados con el cáncer pediátrico y la quimioterapia.

Además, la empatía y la sensibilidad hacia las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias son esenciales para construir una relación de confianza. La educación también es una oportunidad para aliviar temores y ansiedades, y

para conectar a los pacientes con recursos de apoyo, como grupos de apoyo y servicios de salud mental.

El personal de enfermería desempeña un papel clave al proporcionar esta educación de manera compasiva y efectiva, ayudando a los pacientes pediátricos y sus familias a navegar por un camino desafiante hacia la curación y la recuperación. Este enfoque integral de la atención es esencial para garantizar un tratamiento exitoso y una mejor calidad de vida para los niños que enfrentan el cáncer.

6 Bibliografía

<https://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711057.pdf>

Capítulo 563

TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA INFANTIL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

LORENA BUENDÍA GALERA

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La quimioterapia infantil es un tratamiento médico utilizado en niños que padecen diversos tipos de cáncer y enfermedades relacionadas. Este tratamiento implica la administración de medicamentos específicos para combatir las células cancerosas y reducir o eliminar tumores. La atención de enfermería desempeña un papel fundamental en el proceso de quimioterapia infantil, ya que requiere un enfoque especializado y comprensivo para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes pediátricos.

La atención de enfermería en el contexto de la quimioterapia infantil es esencial para proporcionar un tratamiento eficaz y minimizar los efectos secundarios adversos que pueden surgir durante el proceso. Este tratamiento puede ser emocionalmente desafiante tanto para el niño como para sus familiares, y el personal de enfermería juega un papel crucial en el apoyo emocional y psicológico durante todo el tratamiento.

En esta introducción, se abordarán algunos de los aspectos clave de la atención de enfermería en el tratamiento de quimioterapia infantil. Se discutirá la importancia de la educación del paciente y la familia, la administración segura de medicamentos, la gestión de efectos secundarios y complicaciones, y la promoción de la calidad de vida durante el tratamiento. El personal de enfermería debe tener empatía para establecer una relación de confianza y apoyo emocional. Los enfermeros deben ser sensibles a las emociones de los niños y sus padres, y ofrecer consuelo y comprensión.

2 Objetivos

- Administración de medicamentos en el tratamiento de quimioterapia infantil por parte del personal de enfermería.
- Habilidades emocionales por parte del personal de enfermería para la unidad de quimioterapia infantil.

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 administración de medicamentos en los tratamientos de quimioterapia infantil es una parte crítica de la atención de enfermería. La seguridad y la precisión en la administración de estos medicamentos son fundamentales para garantizar que el tratamiento sea efectivo y que se minimicen los efectos secundarios. A continuación, se describen los pasos clave que el personal de enfermería debe seguir al administrar medicamentos de quimioterapia a niños:

- Preparación previa: Reúne y verifica la información del paciente y la orden médica para la quimioterapia. También es necesario confirmar la fecha y la hora correctas del tratamiento. Tras esto, prepara el área de trabajo y el equipo necesario, como guantes, batas, gafas de protección y una aguja intravenosa (IV) si es necesario.

- Preparación de medicamentos: Prepara los medicamentos de acuerdo con las pautas específicas de dilución y reconstitución. Estos medicamentos deben estar etiquetados con el nombre del paciente, la fecha de preparación y la concentración.
- Identificación del paciente: Verifica la identidad del paciente utilizando al menos dos identificadores diferentes, como el nombre y la fecha de nacimiento, antes de administrar cualquier medicamento.
- Vía de administración: Confirma la vía de administración adecuada para cada medicamento, que puede ser oral, intravenosa (IV), intramuscular (IM), subcutánea (SC) u otras. El personal de enfermería debe utilizar una técnica aséptica al administrar medicamentos por vía IV, y sigue las precauciones para evitar la extravasación (fuga de medicamento fuera de la vena).
- Dosis y velocidad de administración: Administra la dosis prescrita por el médico con precisión y controla la velocidad de administración según las recomendaciones específicas del medicamento y las pautas del hospital.
- Observación y monitoreo: Vigila al paciente de cerca durante la administración para detectar posibles reacciones adversas, como reacciones alérgicas, náuseas, vómitos o problemas de respiración.
- Registro y documentación: Debe documentar la administración del medicamento de manera precisa y completa en el expediente médico del paciente y registrar cualquier efecto secundario o reacción adversa.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el tratamiento de quimioterapia infantil es una parte crucial de la atención oncológica pediátrica, y el papel del personal de enfermería en este proceso es de suma importancia. La atención de enfermería en este contexto no se limita únicamente a la administración de medicamentos, sino que abarca una amplia gama de responsabilidades, desde la educación del paciente y el manejo de efectos secundarios. Además, las habilidades emocionales del personal de enfermería, como la empatía, la comunicación efectiva y la resiliencia, son fundamentales para establecer relaciones de confianza con los pacientes y sus familias.

El personal de enfermería en este entorno debe ser altamente competente, estar actualizado en las mejores prácticas y estar preparado para enfrentar situaciones emocionalmente desafiantes. La atención centrada en el paciente y la familia, junto con un enfoque multidisciplinario que involucre a otros profesionales de la salud, son clave para brindar un cuidado integral y de calidad.

En última instancia, el objetivo principal del personal de enfermería en el tratamiento de quimioterapia infantil es contribuir a la curación y mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer. Esto se logra no solo a través de la administración de medicamentos, sino también a través de la comprensión, el apoyo y el cuidado compasivo proporcionados a los pacientes y sus seres queridos en cada paso del camino. La enfermería desempeña un papel insustituible en la atención integral de estos pacientes y es fundamental para el éxito del tratamiento oncológico pediátrico.

6 Bibliografía

<https://together.stjude.org/es-us/acerca-del-c%C3%A1ncer-pedi%C3%A1trico/equipo-de-atenci%C3%B3n/enfermer%C3%ADa.html>

Capítulo 564

LA HABILIDADES Y DESTREZAS DEL TÉCNICO DE RAYOS AL REALIZAR UNA MAMOGRAFÍA

LORETA CAMACHO MORENO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

La mamografía es una herramienta fundamental en la detección temprana del cáncer de mama y otras afecciones mamarias. Para obtener imágenes de alta calidad y garantizar la comodidad y seguridad de la paciente, se requiere que el técnico de rayos tenga habilidades y destrezas específicas. En esta introducción, exploraremos la importancia de la habilidad y destreza del técnico de rayos al realizar una mamografía.

La mamografía es una técnica de imagenología médica que utiliza rayos X de baja dosis para obtener imágenes detalladas de las mamas. Estas imágenes son fundamentales en la detección temprana de cáncer de mama y otras afecciones mamarias. Sin embargo, para que la mamografía sea efectiva y segura, es esencial que el técnico de rayos tenga las habilidades y destrezas necesarias.

El proceso de realizar una mamografía implica posicionar y comprimir las mamas de la paciente de manera adecuada para obtener imágenes claras y de alta resolución. Esto requiere precisión, atención al detalle y empatía hacia la paciente, ya que el procedimiento puede ser incómodo.

En esta serie de información, exploraremos en detalle las habilidades y destrezas que un técnico de rayos debe poseer para llevar a cabo una mamografía exitosa. Desde la preparación de la paciente hasta la obtención de imágenes de alta calidad y el cuidado postmamografía, cada paso es crucial para garantizar una evaluación precisa de la salud mamaria.

2 Objetivos

- Explicar las habilidades y destrezas que un técnico de rayos debe poseer para llevar a cabo una mamografía de una manera exitosa.

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 habilidad y destreza del técnico de rayos al realizar una mamografía involucra una serie de funciones esenciales que contribuyen al éxito del procedimiento y a la comodidad y seguridad de la paciente. Estas funciones incluyen:

Preparación de la Paciente:

- Saludar y establecer una comunicación efectiva con la paciente para aliviar cualquier ansiedad o preocupación.
- Explicar el procedimiento de mamografía y responder a todas las preguntas de la paciente.
- Asegurarse de que la paciente esté vestida adecuadamente y retire cualquier objeto metálico o joyas que puedan interferir con las imágenes.

Posicionamiento de la Paciente:

- Colocar a la paciente en la posición adecuada, que generalmente implica ubicarla de pie frente al mamógrafo.
- Posicionar y ajustar cuidadosamente la mama de la paciente en el aparato de mamografía para obtener imágenes óptimas.

Compresión Mamaria:

- Aplicar compresión suave pero firme a la mama utilizando el platillo del mamógrafo. Esta compresión es esencial para obtener imágenes nítidas y reducir la dosis de radiación.
- Asegurarse de que la compresión sea uniforme y que la paciente esté lo más cómoda posible.

Operación del Equipo de Mamografía:

- Configurar y operar el equipo de mamografía, ajustando la exposición y la técnica según las necesidades de la paciente y el tipo de examen.
- Capturar imágenes en diferentes ángulos y proyecciones para una evaluación completa.

Calidad de la Imagen:

- Evaluar la calidad de las imágenes en tiempo real para asegurarse de que sean adecuadas para el diagnóstico.
- Revisar y repetir las imágenes si es necesario para garantizar la claridad y la resolución.

Cuidado Posmamografía:

- Asegurarse de que la paciente esté cómoda después de la mamografía y proporcionar cualquier información adicional que pueda necesitar.
- Limpiar y desinfectar el equipo y la sala de examen para garantizar un entorno seguro y limpio para la próxima paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la habilidad y destreza del técnico de rayos al realizar una mamografía son fundamentales para el éxito de este procedimiento de diagnóstico. La mamografía desempeña un papel crítico en la detección temprana del cáncer de

mama y otras afecciones mamarias, y el técnico de rayos juega un papel clave en la obtención de imágenes de alta calidad y en la comodidad y seguridad de la paciente.

Las funciones del técnico, que van desde la preparación de la paciente hasta el posicionamiento adecuado, la compresión mamaria, la operación del equipo y la comunicación efectiva, son todas esenciales para garantizar un procedimiento exitoso. Además, la capacidad de mantener la calma y mostrar empatía hacia la paciente durante todo el proceso es igualmente importante.

La habilidad y destreza del técnico de rayos se reflejan en la calidad de las imágenes obtenidas, lo que a su vez tiene un impacto directo en la precisión del diagnóstico. Además, la colaboración con el equipo de salud, la documentación adecuada y la educación continua son aspectos clave de la práctica profesional de un técnico de mamografía.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/actuacion-tecnico-de-rayos-mamografias/>

Capítulo 565

EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LORETA CAMACHO MORENO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

La radiología es una parte esencial de la atención médica en el servicio de urgencias. Los técnicos de rayos, también conocidos como tecnólogos radiológicos o radiógrafos, desempeñan un papel crucial en la evaluación y diagnóstico de pacientes que llegan a la sala de urgencias con una variedad de afecciones médicas. Esta introducción explorará la importancia de los técnicos de rayos en el servicio de urgencias y las responsabilidades clave que desempeñan en este entorno de atención médica crítica.

Los servicios de urgencias son entornos médicos de alta intensidad donde se atienden pacientes con una amplia gama de afecciones, desde lesiones traumáticas hasta enfermedades médicas agudas. En este contexto, los técnicos de rayos juegan un papel esencial al proporcionar imágenes médicas que ayudan a los médicos y especialistas a evaluar la condición de los pacientes y tomar decisiones de tratamiento informadas.

Las funciones de los técnicos de rayos en el servicio de urgencias incluyen la obtención de imágenes de rayos X, tomografías computarizadas (TC) y otros estudios de diagnóstico por imágenes. Esto implica preparar a los pacientes, posicionarlos con precisión para obtener las imágenes necesarias y garantizar el cumplimiento de las pautas de seguridad radiológica para minimizar la exposición a la radiación.

2 Objetivos

- Explorar la importancia de los técnicos de rayos en el servicio de urgencias y las responsabilidades clave que desempeñan en este entorno de atención médica crítica.

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 técnicos de rayos en el servicio de urgencias desempeñan una serie de funciones clave para facilitar la atención médica a los pacientes en situaciones de emergencia. Estas funciones incluyen:

Preparación del Paciente:

- Saludar y comunicarse efectivamente con el paciente para tranquilizarlo y explicar el procedimiento.
- Evaluar la historia clínica del paciente para comprender sus necesidades y cualquier preocupación específica.

Posicionamiento y Toma de Imágenes:

- Colocar al paciente de manera adecuada para obtener las imágenes necesarias, utilizando dispositivos de inmovilización cuando sea necesario.

- Operar equipos de rayos X y tomar imágenes radiológicas, incluyendo radiografías simples, tomografías computarizadas (TC) y otros estudios de diagnóstico por imágenes.

Cumplimiento de Pautas de Seguridad:

- Garantizar el cumplimiento de todas las pautas de seguridad radiológica, incluyendo la minimización de la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal.
- Utilizar delantal y equipo de protección radiológica cuando sea necesario.

Colaboración con el Equipo Médico:

- Trabajar en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para coordinar y realizar los estudios de imagenología necesarios para el diagnóstico y el tratamiento.
- Comunicar de manera efectiva los hallazgos radiológicos a los médicos y proporcionar asistencia en la interpretación de las imágenes.

Cuidado del Equipo y Mantenimiento:

- Realizar el mantenimiento preventivo del equipo de radiología, asegurando su funcionamiento óptimo y la seguridad del paciente.
- Informar de cualquier problema técnico o mantenimiento requerido.

Documentación y Registro:

- Mantener registros precisos y completos de los estudios radiológicos realizados, incluyendo información sobre el paciente, la fecha, el tipo de estudio y los resultados.
- Asegurarse de que los registros cumplan con las normativas de privacidad y confidencialidad de la información médica.

Comunicación con el Paciente:

- Brindar apoyo emocional y comunicarse claramente con el paciente durante el procedimiento, explicando lo que está ocurriendo y qué puede esperar.
- Ayudar a los pacientes a mantener una posición cómoda y segura durante la toma de imágenes.

Manejo de Emergencias:

- Estar preparado para responder a situaciones de emergencia, como reacciones alérgicas o afecciones médicas agudas que puedan surgir durante los estudios radiológicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los técnicos de rayos desempeñan un papel esencial en el servicio de urgencias al proporcionar servicios de imagenología médica que son fundamentales para la evaluación y el diagnóstico de pacientes en situaciones de emergencia. Su habilidad y conocimiento en la operación de equipos de rayos X y otros dispositivos de imagenología, así como su capacidad para trabajar en entornos de alta presión, son cruciales para brindar atención de calidad en momentos críticos.

Las funciones de los técnicos de rayos en el servicio de urgencias abarcan desde la preparación del paciente y el posicionamiento adecuado hasta la toma de imágenes radiológicas y el cumplimiento de estrictas pautas de seguridad radiológica. Además, su colaboración estrecha con el equipo médico y su habilidad para comunicar hallazgos radiológicos de manera efectiva son aspectos clave de su rol.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/labor-tecnico-rayos-servicio-urgencias/>

Capítulo 566

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU ACTUACIÓN ANTE LAS FRACTURAS

LORETA CAMACHO MORENO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

La actuación de los técnicos de rayos ante las fracturas es de suma importancia en el ámbito de la atención médica y la radiología. En esta introducción, exploraremos el papel fundamental que desempeñan los técnicos de rayos en la detección y evaluación de fracturas, así como en la colaboración con el equipo médico para brindar una atención de calidad a los pacientes que han sufrido lesiones traumatológicas.

Las fracturas son lesiones óseas comunes que pueden variar en gravedad desde fracturas simples hasta fracturas complejas y conminutas. En muchos casos, la detección temprana y la evaluación precisa de una fractura son cruciales para determinar el plan de tratamiento adecuado, que puede incluir inmovilización, reducción quirúrgica o intervención médica adicional.

El técnico de rayos tiene un papel esencial en este proceso al realizar radiografías y otras pruebas de diagnóstico por imágenes que permiten a los médicos identificar y evaluar la extensión de una fractura. Esto implica una serie de funciones clave, como la preparación del paciente, el posicionamiento adecuado para obtener las imágenes necesarias y la aplicación de principios de seguridad radiológica para minimizar la exposición a la radiación.

La colaboración efectiva con el equipo médico es esencial. Los técnicos de rayos deben comunicar los hallazgos radiológicos de manera clara y precisa, lo que ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento. En casos de fracturas más graves, pueden ser necesarios estudios de imagen adicionales, como tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM), y los técnicos de rayos desempeñan un papel importante en la obtención de estas imágenes.

2 Objetivos

- Explicar una de las funciones clave de un técnico de rayos en su actuación ante las fracturas como es la toma de radiografías ante las fracturas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La toma de radiografías es una de las funciones clave de un técnico de rayos en su actuación ante las fracturas. Esta tarea es esencial para proporcionar imágenes diagnósticas que permitan a los médicos evaluar la extensión y la gravedad de la fractura. A continuación, se describen los aspectos más importantes de la toma de radiografías en este contexto:

Preparación del Equipo y del Paciente:

- Verificar que el equipo de rayos X esté en condiciones de funcionamiento adecuadas y calibrado correctamente.
- Preparar al paciente para la radiografía, explicando el procedimiento y asegurándose de que comprenda las instrucciones.

Posicionamiento del Paciente:

- Colocar al paciente en la posición requerida para que la fractura sea visible en las radiografías.
- Utilizar dispositivos de inmovilización, almohadillas o bloques para mantener al paciente en la posición adecuada y evitar el movimiento durante la toma de imágenes.

Alineación de la Radiografía:

- Alinear el haz de rayos X de manera precisa con la zona de interés, que es la ubicación de la fractura.
- Asegurarse de que la fractura esté centrada en el campo de visión y en el centro del receptor de imagen.

Ajuste de Parámetros Técnicos:

- Seleccionar los parámetros técnicos adecuados, como la energía del haz de rayos X y el tiempo de exposición, de acuerdo con el tipo de fractura y la anatomía del paciente.
- Establecer la dosis de radiación más baja posible que aún proporcione imágenes de calidad diagnóstica.

Toma de Radiografías:

- Operar el equipo de rayos X de acuerdo con los procedimientos y protocolos establecidos.
- Exponer la zona de interés a la radiación durante el tiempo necesario para obtener una imagen clara.
- Asegurarse de que el paciente permanezca inmóvil durante la exposición.
- Mantener registros precisos de cada estudio radiológico, incluyendo información sobre el paciente, la fecha, los parámetros técnicos utilizados y cualquier observación relevante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del técnico de rayos ante las fracturas es de vital importancia en el ámbito de la atención médica y la radiología. Su papel central consiste en la toma de radiografías, una función esencial que proporciona imágenes diagnósticas cruciales para evaluar la extensión y la gravedad de las fracturas. A través de un conjunto de responsabilidades y procedimientos específicos, los técnicos de rayos contribuyen de manera significativa al proceso de diagnóstico y tratamiento de pacientes con lesiones traumatológicas.

La preparación adecuada del paciente, el posicionamiento preciso para obtener imágenes de alta calidad y la alineación cuidadosa del haz de rayos X son pasos esenciales en la toma de radiografías de fracturas. Además, el ajuste de parámetros técnicos y la exposición radiográfica controlada son fundamentales para minimizar la dosis de radiación mientras se obtienen imágenes claras.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 567

USO DEL LENGUAJE POSITIVO EN SITUACIONES COMPLEJAS, PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

ANA MARIA IGLESIAS MAGADAN

1 Introducción

La palabra crisis puede tener por sí misma una connotación negativa. La profesionalización en el trabajo de la atención al paciente requiere cambiar este concepto de negativismo en positivismo. Para ello, en la resolución de posibles situaciones conflictivas del día a día es necesario el uso de un lenguaje comprensible, sencillo, cercano y positivo en la atención a la ciudadanía. Desde esta perspectiva se plantea la necesidad de poner en práctica una experiencia en las unidades de atención al paciente sobre el uso del lenguaje positivo.

El lenguaje positivo no solo tiene un impacto beneficioso en aquellos que nos rodean, sino que también repercute en nosotros y en nuestra forma de percibir el mundo.

Si usas un lenguaje positivo te sentirás pleno, verás el vaso medio lleno en cada situación y evitarás que la mente piense en cosas negativas. El lenguaje positivo se basa en usar expresiones que generen reacciones agradables en el interlocutor. No debemos desestimar el poder de las palabras. Estas son muy importantes y determinan nuestra actitud y la de los demás. Lo bueno es que podemos entrenar a la mente para que use las expresiones adecuadas cuando deba expresar un sentimiento o incluso cuando solo se trate de un “pensamiento interno”.

El lenguaje positivo genera apertura, mejores relaciones sociales, comunicación adecuada y más resultados que el negativo, el cual causa rechazo y otras emociones adversas.

2 Objetivos

- Exponer cómo incrementar la eficacia y eficiencia en la resolución de situaciones complejas, mediante el uso del lenguaje positivo.
- Explicar la importancia de aumentar la satisfacción del ciudadano en la atención recibida por los profesionales de atención a la ciudadanía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 entorno sanitario son necesarias acciones que mejoren los resultados en salud de la población y económicos en el sistema. El estudio en el área de la comunicación médico/profesional sanitario y no sanitario/paciente/ familiar/ es relevante debido al cambio de perfil de la relación entre el paciente, más formado y con una posición proactiva, por ello es positivo formar a los profesionales para el uso de un lenguaje positivo en la resolución de situaciones complejas.

Además, diversos estudios han mostrado que una comunicación eficaz profesionales-paciente tiene un impacto directo en la satisfacción y adherencia del paciente al tratamiento y el cumplimiento de las indicaciones médicas y se relaciona con la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y médicos, y los resultados en salud. Estos resultados muestran que una buena comunicación con el paciente podría facilitar un mayor control de la enfermedad y con ello una mejor salud del paciente, se conseguirá una mayor implicación del paciente en su autocuidado, una disminución del gasto sanitario y mejores resultados en salud, en general.

Las palabras más positivas que existen son: “excelente”, “maravilloso” y “perfecto”. Las negativas que más usamos son “no”, “mal”, “incorrecto”. Es importante crear el hábito de repetir más las primeras y evitar las segundas.

Por supuesto que no hablamos de la misma manera con nuestro jefe, nuestra pareja o un desconocido que se sienta a nuestro lado en el metro. En cada caso podemos utilizar el lenguaje positivo de una manera o de otra.

Ten presente que la palabra “sí” te abre más caminos de los que imaginas. Incluso con gente que nunca has visto o te relacionas poco.

El lenguaje positivo te puede llevar hacia nuevos proyectos, nuevas relaciones y nuevos caminos. Cuando conoces a alguien, dale los motivos necesarios para que sepa que puede confiar en ti.

5 Discusión-Conclusión

Resaltamos la importancia de aprender a utilizar el lenguaje positivo, lo que nos permitirá poder comprobar cómo un uso adecuado del mismo influye directamente sobre la forma y actitud que podemos tomar para afrontar las experiencias del día a día y, por tanto, sobre cómo podemos vivir mucho más felices. En algunos ámbitos se puede utilizar esta práctica como medio de manipulación y poder así distorsionar la realidad, lo cierto es que la ciencia nos dice que podemos entrenar nuestro lenguaje y de esta manera, cambiar nuestra mente. Por ello, debemos tener un convencimiento firme de que existe magia en las palabras.

6 Bibliografía

- Alzate, R.: Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica, Bilbao, UPV-EHU.
- Alzate, R.: Curso-taller de habilidades de resolución de conflictos, Pamplona, GEUZ - UPV / EHU.
- Universitat de Barcelona.
- Burguet, M.: Gestión de conflictos, colección Aprender a Ser, Bilbao, Desclée De Brouwer.

Capítulo 568

EL ESTRÉS Y SU GESTIÓN CON TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

MÓNICA PRUNEDA BODE

ELSA AZNAR DÍAZ

CAROLINA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Es muy importante que los profesionales sanitarios tengan una buena salud tanto física, psíquica y mental. El trabajador enfermo con problemas emocionales o psicológicos no ejecuta su tarea de forma correcta, repercutiendo en la pérdida de rendimiento, enfermando, degenerando la calidad de vida y además influye en la atención al paciente negativamente poniendo en riesgo la seguridad en el entorno laboral. El estrés es el riesgo psicosocial más influyente. Lo principal es conocer la circunstancia que lo provoca, ya sea positiva o negativa, para intentar afrontarlo con las medidas oportunas que sean capaces de eliminarlo. Las principales causas laborales o las más notorias, ya que existen muchas maneras de clasificarlas, se pueden considerar el ambiente físico, el requerimiento de la empresa, las relaciones, interpersonales, la incertidumbre laboral, factores externos al trabajo, distribución de las tareas.

Las instituciones públicas intentan plantear la valoración de peligros psicosociales, llevando a cabo evaluaciones de riesgos, ofreciendo y proyectando medidas preventivas para disminuir las causas de peligro más importantes.

El propósito esencial de este estudio se orienta en entender la circunstancia efectiva del estrés en los trabajadores del ámbito sanitario, médicos, enfermeras, sus consecuencias, que incita a que exista, como prevenirlo, métodos para tratarlo, y del mismo modo que conocer las técnicas de relajación o control, que existen para poder gestionar el estrés de la mejor manera.

2 Objetivos

- Explicar que es el estrés y su importancia.
- Aprender a identificar el estrés e intentar prevenirlo.
- Proponer diferentes técnicas para el control del estrés.

3 Metodología

Para efectuar este capítulo que voy a manifestar se ha preparado e investigado sobre “el estrés”. Se han utilizado búsquedas bibliográficas en internet relacionadas con “el estrés”, “tipos”, “métodos”, con el “síndrome de Burnout”, y en artículos de: Scielo, Medline, Pubmed, también la información que explica la OMS.

4 Resultados

☒ Explicación conforme a la OMS:

- Estrés: Agrupación de reacciones vitales, físicas y emocionales, que se ocasionan en el organismo, preparándolo para pasar a la acción.
- Burnout: Se refiere a un tipo preciso de estrés, Se le llama “síndrome de estar quemado”.
- Estrés laboral: Se trata de reacción psicológica, emocional, cognitiva y conductual del cuerpo que en el caso de que se encuentre en circunstancias de correr riesgos reiterativos o de manera excesiva afecta a al bienestar del trabajador, sus destrezas y conocimientos para realizar de forma óptima su trabajo.
- Relajación: Proceso en el cual el cuerpo tiene una sensación de tranquilidad o de gozar de un entretenimiento.

☒ El estrés

El estrés se refiere a la vida cotidiana. Es una reacción del organismo que se dispone para pasar a la acción y alcanzar su objetivo, una vez realizado regresa a su situación normal. El problema es cuando no se normaliza y permanecer la tensión entrando en una situación de resistencia. Cuando las circunstancias que lo ocasionan se sienten como una amenaza, se comienza a tener la percepción de malestar, desasosiego. Si esta percepción permanece en el tiempo, puede llegar a ocasionar una situación de agotamiento, generando cambios funcionales y orgánicos, con grandes degeneraciones en: capacidades de respuesta, capacidades fisiológicas, de adaptación e interrelación con el medio y comenzando a aparecer enfermedades psicosomáticas.

☒ Consecuencias que incitan el estrés

- Querer hacer las cosas más deprisa de lo que se puede.
- Tratar de realizar más cosas de las que se pueden lograr.
- La competitividad
- La indecisión.
- Las exigencias laborales y sociales.
- La capacidad de reacción y de adaptabilidad.
- La capacidad de responder con rapidez.
- Cansancio emocional.
- Desorden alimenticio, en el ejercicio físico y en el descanso.

☒ Tipos de estrés

- Estrés positivo: Llamado Eutrés. La reacción del organismo a desafíos es positiva, ya que nos estimula a afrontar cuestiones con soluciones creativas y a perfeccionar el talento. Los desafíos son superados.

Sus señales son:

- Aumento de motivación y fuerza.
- Corto tiempo de incomodidad.
- Capacidad de afrontar circunstancias.
- Mayor rendimiento y rentabilidad.
- Entusiasmo e interés.

Los beneficios que ofrece el estrés bueno son:

- Solución directa de las dificultades.
- Máxima calidad del uso de las emociones.
- Crecimiento del rendimiento.

- Aumento de la energía.
- Incentivación de la inventiva.

• Estrés negativo: Denominado Distrés. Produce un exceso de tarea generando un desequilibrio fisiológico y psicológico. Hace que la persona desempeñe un descenso en la rentabilidad profesional. Causa enfermedades y activa la vejez.

Señales del estrés negativo:

- Incapacidad de desafiar las circunstancias.
- Ansiedad y preocupación persistente.
- Reducción de producción y rendimiento.
- Desasosiego de larga duración.
- Incapacidad de afrontar las situaciones.
- Percibir sentimientos molestos.
- Crecimiento de dificultades físicas y mentales.

El estrés negativo se puede modificar en positivo y para ello se utilizan técnicas como:

- Cubrirse de ideas positivas.
- Observar los problemas como si fuesen oportunidades de progresar.
- Anteponer las tareas necesarias y desprender las imposibles de terminar.
- Realizar ejercicio y salir al aire libre.

☒ Burnout

Se le denomina así al estrés laboral. Es un modelo de estrés preciso. Respectivo a la observación del estrés laboral permanente. Se le denomina “síndrome de estar quemado por el trabajo”. Se caracteriza por:

- Agotamiento.
- Cansancio físico.
- Insomnio.
- Hipersensibilidad e irritabilidad.
- Pérdida de entusiasmo.
- Deterioro de memoria y de concentración.
- Cefaleas, jaquecas.
- Dificultades gastrointestinales.
- Impaciencia.

☒ Como prevenir el estrés

Para prevenir el estrés es conveniente ser conscientes de nuestro cuerpo y saber conocerlo, es decir, tener conciencia corporal.

La consciencia corporal consiste en prestar atención al cuerpo. Si conscientemente se escucha cada parte del físico, se incrementa el control y el sentido perceptivo. El desarrollo de la consciencia corporal es necesario, ya que colabora en la mejora del bienestar físico y emocional, además de poder aumentar la motricidad.

Los beneficios de fomentar la consciencia corporal son:

- Control de los movimientos.
- Vigilancia del peso.
- Perfeccionar el uso del dolor.
- Mejorar la salud mental y emocional.

Existen procedimientos para fomentar la conciencia corporal y son:

- Saber especificar cada parte del cuerpo con la atención.
- Practicar actividades con música.
- Realizar actividades de equilibrio.
- Caminar hacia atrás.
- Practicar Yoga o Taichí.

☒ Métodos para tratar el estrés

- Realizar deporte diariamente.
- Dormir suficiente.
- Hacer una buena alimentación.
- Realizar cosas con mucho gusto.
- Realizar al día momentos de relajación

☒ Técnicas para el control del estrés

Las técnicas que mejor pueden ayudar para el control del estrés son las de relajación. Inciden sobre la presión arterial y sobre la frecuencia cardiaca.

Existen diferentes técnicas de relajación:

- Respiraciones profundas: Es una de las relajaciones más fáciles de llevar a cabo. La puede realizar cualquier persona o niño. Se trata de realizar respiraciones profundas. Para realizarla correctamente, se puede situar de pie o sentado con una mano en el abdomen y la otra en el pecho a la altura del corazón. Se inhala sintiendo que el abdomen se eleva, se retiene la respiración unos segundos y se exhala suavemente sintiendo el abdomen bajar.

- Meditación: Es un entrenamiento mental. Utiliza la atención en un objeto o palabras para su concentración. Se necesita un lugar tranquilo y silencioso para su práctica. Se puede realizar con diferentes posiciones (sentado, en pie, andando o tumbado). Durante la meditación surgen distintos pensamientos y es conveniente no enjuiciarlos y mantener una actitud abierta.
- Biorretroalimentación: Con la ayuda de un terapeuta especializado en biorretroalimentación, que coloca detectores en diferentes zonas del tronco. Los detectores cuantifican la temperatura, ondas cerebrales, respiración y actividad muscular. El paciente observa las interpretaciones en un monitor o pantalla. Al variar la reflexión, comportamientos o emociones controlando las contestaciones de su cuerpo. Con la práctica se deja de utilizar la pantalla.
- Relajación progresiva: Técnica de relajación simple. Consiste en comprimir los músculos. Se comienza por los pies y sus dedos. Se puede realizar con varios músculos a la vez. Después de unos segundos se sueltan. Y se va realizando por todo el cuerpo, desde los pies hasta la cabeza.
- Yoga: Para su práctica se necesita de un profesor. Se realizan posiciones o movimientos con respiración orientada y meditación incluida. Las posiciones ayudan a aumentar fuerza y flexibilidad. Según la pericia del paciente se realizan posiciones que van desde las más sencillas en el suelo acostado hasta las más complejas que requieren prácticas de años. Existen diferentes tipos de yoga y van desde los más calmosos hasta los más enérgicos.
- Taichí: Práctica suave de bajo impacto. Útil para personas de todas las edades. Actualmente, los métodos del Taichí son varios, pero, todos tienen las mismas ideas:
 - Acción lenta y relajada, aunque el cuerpo siempre se está moviendo.
 - Posiciones meticulosas, mientras el cuerpo sigue en movimiento.
 - Meditativo sin pensamientos mientras se practica.
 - Respiración relajada, profunda y orientativa.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, existen multitud de factores que pueden alterar el organismo provocándole situaciones de estrés. En ocasiones el cuerpo responde satisfactoriamente, pero en muchos casos las personas, aunque sufran las mismas circunstancias de amenaza, no tienen los mismos efectos, el mismo tamaño ni la misma

forma. Normalmente, las circunstancias ocasionan más de un factor de riesgo. A veces ocasionan daños con respecto a la salud física y psíquica, no siempre repercute en todos los casos. Es fundamental que la empresa contribuya con una buena prevención de riesgos, para preservar el bienestar de los profesionales y así tener conciencia de las pérdidas económicas que genera el trabajador agotado. El crecimiento de la ausencia, la poca producción y los accidentes repercutiendo desfavorablemente en la empresa. Se necesita también una sensibilización común de todos los compañeros, que entiendan la situación por la que pasan las personas que sufren el estrés y ayudarles con lo que precisen.

Actualmente, se preserva la tranquilidad y la pausa. El bienestar individual, social y empresarial se aprecia con el manejo del tiempo calmadamente.

6 Bibliografía

1. Estrés y burnout. Definición y prevención.[Internet][citado 20 nov.07]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896#:text=%C2%BFQu%C3%A9%20se%20entiende%20por%20estr%C3%A9s,biol%C3%B3gico%20necesario%20para%20la%20supervivencia>.
2. Estrés laboral. [Internet][citado nov.18]. Disponible en:<https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>
3. Conciencia corporal: ¿cómo se puede desarrollar y cuáles son sus beneficios?[Internet][citado 24 jul.22]. Disponible en:<https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/conciencia-corporal-como-se-puede-desarrollar-y-cuales-son-sus-beneficios/202212/>
4. MedlinePlus. Técnicas de relajación para el estrés. [Internet][citado 8 nov.22]. Disponible en:<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000874.htm>
5. Scielo. Medicina y seguridad en el trabajo [Internet][citado 20 may.13]. Disponible en:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200006
6. Manejo del estrés en profesionales sanitarios [Internet][citado 2018].Disponible en:https://portalcecova.es/Docs/manejo_del_estres_en_profesionales_sanitarios.pdf

Capítulo 569

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALARIO

MÓNICA PRUNEDA BODE

CAROLINA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ELSA AZNAR DÍAZ

1 Introducción

Es de gran importancia que exista una buena atención hospitalaria, la cual es ofrecida por el personal sanitario, con la intención de garantizar el bienestar del paciente. De esta forma se fortalece la confianza con el paciente y como consecuencia, se encontrará más satisfecho, cómodo y con más confianza.

El personal de enfermería es el que tiene más contacto con el paciente, es muy importante que conozca sus sentimientos y su perspectiva, así puede dar garantía ante sus peticiones y lograr su bienestar. No es una labor fácil trabajar en atención al paciente, debido a las situaciones incómodas que se puedan encontrar el personal, por lo tanto, es importante mantener la profesionalidad y cordialidad, anticipándose y adaptándose a las necesidades del paciente, ofreciéndole una atención personalizada.

En la actualidad se trabaja para conseguir una buena atención al paciente, pero son muchos, los factores que influyen a la prestación sostenible de la sanidad y no siempre da el resultado deseado.

En el presente capítulo comprenderemos de que se trata la atención al paciente hospitalaria, cuáles son sus conceptos fundamentales, como influye el compor-

tamiento de los pacientes para su atención, la importancia de la calidad y cuál es la atención ideal al paciente.

2 Objetivos

- Estudiar cómo dar mejor atención hospitalaria al paciente, para atender sus necesidades y satisfacer sus expectativas.
- Formar al personal sobre sistemas de atención y comunicación en el ámbito sanitario asegurando la calidad del servicio, ofrecido a los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha elaborado una investigación y una comprobación bibliográfica sobre la “Importancia de la atención al paciente hospitalario”. Se han empleado búsquedas en internet y en artículos de: Pubmed, Medline, Scielo, relacionadas con “la atención al paciente”, “la satisfacción del paciente”, y “la calidad de la atención al paciente”, además de la información presenta la OMS.

4 Resultados

☒ Explicación conforme a la OMS:

- Paciente: Hablamos de toda persona con buena salud o que tenga alguna enfermedad y que solicite a un profesional sanitario.
- Satisfacción del paciente: Se trata de una valoración positiva que realiza el paciente sobre la atención médica recibida.
- Experiencia del paciente: Son todas las relaciones que tiene un paciente con la sanidad durante su cuidado, desde la cultura, percepciones....,
- Gestión en salud: Se refiere a la virtud de dirigir todos los recursos disponibles para obtener una finalidad concreta.
- Calidad de la atención: Es la categoría en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de lograr conclusiones sanitarias deseadas, que sean basados en la evidencia y se amolden a la inteligencia profesional.

☒ Atención al paciente

La atención al paciente se trata de un servicio proporcionado por el personal sanitario a los pacientes. Está relacionado con el tratamiento y la terapia o régimen para tratar una enfermedad y con la protección del confort físico y mental del paciente.

Ahora ya es conocida también la atención centrada en el paciente, se trata de una ayuda más individual que significa como el profesional se adapta a la opinión, las necesidades y posibilidades del paciente. Y con el respeto que se merece.

☒ Conceptos fundamentales de la atención al paciente

Existen unos principios éticos fundamentales en la atención de la salud y son cuatro: “de beneficencia, autonomía, justicia y equidad”. Se encargan principalmente gestionar que no exista ningún tipo de diferencia o exclusión para todas las personas y tratan de que los servicios y el cuidado de enfermería estén al alcance de todos.

- Beneficencia: acto o acción de hacer el bien a otras personas.
- Autonomía: Relacionado con el paciente (su punto de vista, sus propias decisiones, su actuación en relación con su escala de valores su libertad para ejecutar sus acciones y sus trabas)
- Justicia: Se refiere a respetar la verdad y repartir a cada uno lo que le corresponde.
- Equidad: Relacionado con la distribución, repartir a cada uno lo que se merece en relación a sus valores o su situación.

☒ Distintos tipos de pacientes hospitalarios según su comportamiento

Aunque no existe una tipología única en pacientes que nos garanticen el trato, correcto, si existen diferentes tipos de comportamientos concretos que presentan los pacientes y pueden ayudar para una mejor calidad en su atención. Según su comportamiento los pacientes pueden ser:

- Enfadados: Nunca entrar al enfrentamiento que busca este tipo de paciente, siempre intentar calmarlo.
- Agresivos: Siempre intentar calmar la situación en este tipo de pacientes además de informar a las autoridades del centro sanitario.
- Escépticos: Buscan siempre una segunda opinión debido a su incredulidad, para un trato correcto se le debe expresar una opinión firme no dándole sugerencias si no pautas a seguir.
- Exigentes: Solicitan un trato propio y si tienen que esperar se enfadan mucho,

por ello deben ser atendidos lo más rápido posible.

- Con dolor: Para la atención de este tipo de pacientes se debe utilizar un protocolo enfocado en la posición, intensidad, calidad, principio, permanencia y efectos del dolor sobre su confort cotidiano. Es necesario anticiparse a su dolor proporcionándole un analgésico recetado por el médico, intentar cambiar la sensación del dolor con otros estímulos, intentando distraerle la atención de sus pensamientos del dolor, proporcionarle posturas corporales que eviten el dolor.

La atención en un paciente con dolor siempre es más complicado porque no se sabe exactamente cuál es el grado del dolor, aun así hay que evitar juzgar el dolor del paciente, administrar los calmantes según desee el paciente y evitar el uso de placebos ya que son momentáneos y no resultan fiables.

☒ Calidad en la atención al paciente

Una buena calidad es imprescindible, “la OMS estima que una alta calidad en los sistemas de salud se podrían evitar más de 2,5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, 900.000 por tuberculosis, 1 millón de recién nacidos y la mitad de todas las muertes cada año”. Por consiguiente su finalidad general es una protección sanitaria universal, para que todos los seres humanos que precisan de la asistencia sanitaria la obtengan y sea de alta calidad sin importar la situación económica personal.

Existen diferentes elementos de calidad, sin embargo en los servicios sanitarios es necesario que sean:

- Eficaces: Facilitar atención sanitaria con documentos acreditativos a todos aquellos que lo precisen.
- Seguros: Evitar daños a las personas que necesiten atención.
- Oportunos: Acortarán los retrasos para beneficiar tanto a los que reciben como a los que prestan la atención.
- Equitativos: Proporcionarán la atención igualitariamente sin variar por motivos personales.
- Integrados: Distribuirán una atención organizada a todas las categorías y a los diferentes suministradores de servicios sanitarios.
- Eficientes: Aprovecharán de los recursos aumentando beneficios.

Para realizar su finalidad “la protección sanitaria universal” la OMS colabora con la organización internacional y con sus socios, a fin de asegurar la calidad de los servicios sanitarios.

☒ Atención al paciente ideal.

Es fundamental consolidar la confianza con el paciente para que exista una sensación de comodidad. La forma de ofrecer confianza al paciente es:

- A través de diálogo claro y directo.
- Informar o transmitir protección y respeto.
- Presentar una buena actitud, sonriendo, con atención desde el primer momento.
- Procurar resolver su interés de forma rápida y a su debido tiempo.
- Con experiencia, se consigue, tener conocimiento sobre como adelantarse a las necesidades y habituarse a las situaciones del paciente.
- Encontrarse libre y cercano siempre que el paciente necesite asistencia.
- Si la atención es telefónica es necesario responder siempre.
- Es preciso que el entorno sea agradable.
- Se debe siempre cumplir lo que se promete.

Para obtener una adecuada atención al paciente lo más conveniente es crear una pequeña unión para solucionar problemas, dudas o inquietudes y de esta manera en presencia del paciente en el momento de recibir una respuesta siempre se sentirá más a gusto.

Si el paciente siente que sus inquietudes son resueltas de forma precisa y rápida siempre se encontrará más contento de ahí la importancia de una buena atención al paciente hospitalario. Y al profesional, le facilitará su labor, siendo esta más productiva llegando a lograr un completo potencial.

Actualmente y con la transformación digital y la forma de comunicarse entre las personas, digitalizar la atención al paciente sería beneficioso para profesionales sanitarios y para pacientes. Se obtendría un mejor seguimiento del paciente, estar al día médico-paciente, disminuir la demora para obtener más encargos, así como el ahorro en tiempo y precio de traslado.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad existen muchos factores que influyen para poder conseguir una buena atención al paciente hospitalario. Por ese motivo conseguir la satisfacción del paciente es una cuestión compleja. El paciente suele tener bastantes dudas e incertidumbre sobre lo que le espera y más si realiza una intervención quirúrgica. El profesional sanitario debe de tener una buena formación y orientar sin rodeos en la sensación acerca del bienestar del paciente. Para así ofrecer la atención más conveniente posible a los ciudadanos.

Lo que realmente se pretende es llegar a lograr, una verdadera salud universal.

Faltan estructuras esenciales mundialmente para obtener una atención de calidad por falta de abastecimiento de aguas, no tener servicio de saneamiento, no disponer de equipamiento para asear las manos.

En el caso de no conseguir una buena atención, el paciente tiene derecho a hacer una reclamación y el profesional debe orientarlo de cómo realizarlo.

6 Bibliografía

1. Atención al paciente: ¿Qué es y por qué es importante? [Internet][citado 20 sep.21]. Disponible en:<https://blog.agendapro.com/centros-de-salud/atencion-al-paciente-que-es-y-por-que-es-importante#:text=La%20informaci%C3%B3n%20es%20un%20pilar,el%20centro%20de%20salud%20ofrece>
2. La importancia de la atención al paciente [Internet][citado 03 nov.21]. Disponible en:<https://www.salesforce.com/mx/blog/2021/11/la-importancia-de-la-atencion-al-paciente.html#:text=A%20su%20vez%2C%20la%20atenci%C3%B3n,y%20mental%20de%20los%20pacientes>.
3. Licenciatura en enfermería y obstetricia [Internet][citado 28 feb.18]. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-3-bioetica/>
4. Tipos de pacientes según su comportamiento. [Internet][citado 22 jul.19]. Disponible en: <https://www.menosdiasconheridas.com/tipos-de-paciente/>
5. Servicios sanitarios de calidad. [Internet][citado 11 agos.20]. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
6. La calidad en salud y satisfacción del paciente [Internet][citado 22 jul.19]. Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/calidad-en-salud/>
7. Claves para una atención de calidad con tu paciente [Internet][citado 12 dic.22]. Disponible en: <https://www.unitecoprofesional.es/blog/claves-atencion-de-calidad-paciente/>
- CIENCIAS DE LA SALUD|02/11/20
8. MedlinePlus comunicarse con los pacientes [Internet][citado 17 oct.21]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000456.htm>

Capítulo 570

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES. PREVENCIÓN EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

JOSE MARIN GARCIA

1 Introducción

La estructura o área conocida como almacén hospitalario es donde se guarda y protege mercancía de cualquier tipo porque no será utilizada de inmediato. Esto suele incluir bienes de todo tipo, incluidas mercancías. La optimización del espacio disponible será una consideración a la hora de diseñar un almacén hospitalario. Todo tipo de mercancías debe poder ser recibida, procesada y almacenada en el almacén. Los almacenes hospitalarios realizan las siguientes funciones: - Recibir todos los productos pedidos a proveedores externos para llevar a cabo las operaciones de una institución de salud. - Implementar control de calidad. - Almacenamiento de mercancías. - La emisión de órdenes. Siempre se garantiza un precio razonable por el uso de las distintas unidades y servicios del almacén.

El suministro, la custodia y la distribución de materiales son las funciones principales de un almacén. Así, el almacenamiento denota la organización, preservación y gestión de las existencias de material local. A través del stock, que nos actualiza constantemente sobre las entradas y salidas de stock, se realizan inventarios con el fin de controlar el material que hay en el mismo. En un hospital existen al menos dos almacenes: uno es la farmacia, el otro es el almacén general, el cual se puede desglosar a su vez en: almacén de material de mantenimiento, almacén de material clínico consumible, almacén de material quirúrgico, almacén de equipos, almacén de papelería, almacén de lencería del almacén, etc. El control de los pedidos realizados por el centro será la responsabilidad principal del encargado del almacén. De esta manera, el hospital recibirá y se le suministrarán los consumibles necesarios. Dependiendo del tipo de almacén, tipo de producto almacenado, etc., se deben seguir diversas normas de seguridad para garantizar la salud, seguridad e integridad de los trabajadores. Tu integridad física no debe correr peligro mientras estás trabajando, que es como mejor se entiende la seguridad laboral.

2 Objetivos

Saber lo que repartir y abastecer al hospital en general de materiales consumibles y cómo cargar, descargar y colocar ordenadamente los productos y materiales que se encuentran en el almacén.

3 Metodología

Se han consultado diferentes buscadores en páginas de internet, como Pubmed, Dialnet, Scielo, así como en Google académico, aparte se ha buscado información en libros utilizando palabras clave como almacén, celador almacenero y riesgos laborales que se pueden dar en un almacén.

4 Resultados

Las principales responsabilidades del celador de almacén son supervisar los pedidos realizados por el centro y distribuir y proporcionar al hospital los materiales consumibles necesarios. Para garantizar la seguridad y la integridad de los trabajadores en los almacenes, se deben cumplir los reglamentos de seguridad que varían según el tipo de almacén, el tipo de producto almacenado y otros factores.

Los principales riesgos laborales que podemos encontrar en un almacén sanitario y sus posibles medidas preventivas son: - Riesgo de caída de personas al mismo nivel: debido al mal estado del suelo o por falta de orden y limpieza. - El riesgo de caída a distinto nivel surge cuando se utiliza algún medio para llegar a zonas elevadas como escaleras, banquetas, etc. - Riesgo de caída de objetos por desplome o manipulación: este riesgo se da por inestabilidad, falta de anclaje, sobrecarga o mal estado de las estanterías o materiales indebidamente ubicados. Pueden ocurrir también durante el transporte y la manipulación de equipos de trabajo, principalmente en situaciones de emergencia. - El riesgo de choques o golpes contra objetos móviles o inmóviles se presenta cuando se desplazan por áreas pequeñas, sin orden ni limpieza, o cuando las puertas y otras estructuras transparentes están sin señalizar. El riesgo de atropellos por vehículos se refiere a los desplazamientos que se realizan en el camino del hogar al lugar de trabajo (accidente in itinere) o dentro de la jornada laboral (accidente in mision). - Riesgo de atrapamiento: se produce al estar en contacto con componentes mecánicos del equipo de trabajo, como puertas basculantes o ascensores, entre otros. - El riesgo de contacto térmico ocurre cuando se manipulan materiales que están calientes o muy fríos. - Riesgo de contacto eléctrico: puede ocurrir en los centros sanitarios debido a fallas en las instalaciones eléctricas, equipamientos electromédicos y equipos de oficina. - Riesgo de incendio o explosión: existe un alto riesgo de incendio o explosión debido a la concentración de productos inflamables y otros materiales. - Riesgo de sobreesfuerzos por movilización y manipulación de cargas: lesiones músculo-esqueléticas provocadas por posturas forzadas, inclinaciones, torsiones de espalda, etc. La intensidad del esfuerzo, la secuencia de la tarea a realizar, la adopción de posturas forzadas y otros factores determinan la probabilidad de que se produzca una lesión. - Riesgo de iluminación inadecuada y fatiga visual por trabajo con PVD: los deslumbramientos pueden ocurrir cuando se trabaja con pantallas de visualización de datos o en lugares especialmente iluminados. La consecuencia es una sensación de molestia o una disminución en la capacidad de distinguir entre objetos. Una nación insuficiente puede causar fatiga visual. - Riesgo de discomfort acústico: pueden resultar del ruido producido por maquinaria, equipos de extracción o ventilación del aire, falta de aislamiento en los equipos e instalaciones, mantenimiento inadecuado de estos, falta de protección en casos necesarios, etc. - Riesgo de incomodidad térmica: las condiciones climáticas afectan directamente la salud y el desempeño de las tareas. - Riesgo de fatiga física: este riesgo es muy común entre los guardias, cuando adoptan posturas forzadas o incorrectas durante largos períodos de tiempo. Trabajar frente a pantallas de computadora durante gran parte del día de trabajo también implica

esta amenaza. - Riesgo de fatiga mental: ocurre con frecuencia cuando se requiere un alto nivel de responsabilidad, autoridad y autonomía; la fatiga mental ocurre cuando las exigencias mentales del trabajo superan la capacidad del trabajador para responder.

5 Discusión-Conclusión

Se conoce como celador de almacén a la persona asignada al almacén para cargar, descargar, colocar y entregar las mercancías o materiales solicitados mediante comprobante aprobado por el superior. La orden de almacén será manejada por él e informará sobre las entradas y salidas diarias. El empleador es responsable de asegurarse de que todas las herramientas necesarias estén disponibles para que los empleados completen las tareas de manera segura y de garantizar que se sigan todas las reglas de seguridad en todo momento. Los trabajadores también deben realizar sus tareas respetando siempre las normas de seguridad para evitar accidentes innecesarios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 571

EL CELADOR EN UNIDAD DE REANIMACIÓN

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

JOSE MARIN GARCIA

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

1 Introducción

Dentro del centro hospitalario hay diversas áreas en las que se puede ubicar al paciente debido a su estado, el cual es catalogado por el personal sanitario donde es atendido. Los pacientes que están más críticos o delicados son ubicados u hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad que está formada por un equipo específico, con una formación muy concreta para la buena atención del paciente en el Servicio y/o Unidad. Dentro de la unidad los pacientes permanecen encamados y conectados a diversos aparatos que vigilan las constantes de manera permanente en el paciente. De ahí la complejidad del trabajo dentro de cada unidad, ya que requiere un amplio conocimiento del aparataje del servicio y de cómo realizar correctamente los cambios posturales del paciente. Dentro del equipo de trabajo de la Unidad figura el papel del celador, el cual tiene un puesto muy específico, además del que realiza en cualquier otro espacio hospitalario. Es muy importante para la correcta realización de funciones del celador

conocer el puesto y tener experiencia en el mismo, por la complejidad del área, por ello el celador debe de saber muy bien las funciones que tiene esta unidad por la complejidad de los enfermos allí ingresados.

2 Objetivos

Saber las funciones de los celadores en la Unidad de Reanimación de un hospital.

3 Metodología

Los datos científicos utilizados para la elaboración de este artículo se obtuvieron de una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Cochrane, Cuiden, Lilacs, Elsevier y el buscador Google Scholar, utilizando los términos de búsqueda utilizados en conjunto con filtros. Descripciones del celador, la seguridad, unidades de cuidados intensivos, movimiento intenso de pacientes, etc. También se consultaron publicaciones científicas y guías de práctica clínica publicadas en diversas revistas españolas.

4 Resultados

La variedad de pacientes en las unidades de cuidados intensivos es limitada, pero normalmente varía desde extremadamente graves hasta delicados. Están conectados a una serie de dispositivos que monitorean continuamente los signos vitales del paciente y le administran alimentos y medicamentos. Debido a la necesidad de una formación específica y práctica, los delicados y constantes ajustes posturales que se deben realizar al paciente, quien frecuentemente se encuentra inconsciente e intubado, el cuidador debe tener experiencia en el ámbito laboral. El celador debe ayudar a los demás miembros del personal con el cuidado diario del paciente, incluida la limpieza y la alimentación. En algunas circunstancias, el cuidador de la unidad debe trasladar al paciente a varios departamentos del hospital que el médico recomienda para el mejor diagnóstico del paciente, como el quirófano o los rayos X. Además, el cuidador deberá entregar toda la documentación que necesite el personal para el desempeño de sus funciones en las inmediaciones donde se encuentre, así como los insumos de farmacia que el personal requiera para la Unidad. El celador debe usar un uniforme antiséptico para proteger a los pacientes, que son extremadamente delicados, como ya hemos mencionado, de contraer infecciones. Es indudable que albergar conocimientos

básicos de reanimación cardio pulmonar (RCP) puede salvar vidas y librarse de lesiones irreparables el celador también tiene que saber cómo usar dicha maniobra y cómo funcionan las maniobras básicas de RCP, por la unidad que se encuentra, ya que los pacientes allí ingresados son de un carácter delicado, a pesar de que son ellos no son los encargados en última instancia de estabilizar y salvar al paciente en parada cardiorrespiratoria, podrían beneficiar tanto al paciente como al resto del personal especializado aplicando lo aprendido, el personal que allí trabaja tienen que estar especializados por la gravedad que se encuentran los enfermos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en la unidad de cuidados intensivos, UCI REA. El área es ayudar a las enfermeras y auxiliares de enfermería con los cambios posturales del paciente. Los pacientes en esta área presentan un desafío porque están conectados a una variedad de máquinas a través de una variedad de tubos que rastrean los signos vitales del paciente. Por ello, a la hora de realizar estos cambios posturales debemos prestar mucha atención para evitar que alguna de estas máquinas funcione mal y, por supuesto, para que el paciente esté cómodo y seguro porque, como ya hemos comentado, son pacientes muy críticos. . Debido a la dificultad del trabajo, el guardia debe ser sumamente profesional. Debido a la naturaleza especializada del puesto, necesita experiencia y conocimientos previos para desempeñarlo.

6 Bibliografía

Romero, P. D. A., LEON, S. G., ATIENZA, J. F. M., & JIMENEZ, C. S. (2013). Técnicas básicas de Enfermería. Ediciones Paraninfo, SA.

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

& Suárez, L. F. R. Posiciones anatómicas. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book, .

Capítulo 572

EL CELADOR Y COMO DEBE ACTUAR ANTE LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN DE LOS PACIENTES

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

JOSE MARIN GARCIA

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es "una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea provocada por una presión o fricción prolongada entre dos planos duros", según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento sobre la Presión. Úlceras y Heridas Crónicas (GNEAUPP, 2003). Dados los costos sanitarios a largo y corto plazo asociados con las úlceras por presión (UPP), así como las posibles complicaciones que pueden derivarse de ellas, las úlceras por presión son un problema grave (Prieto, 2016). Los pacientes mayores y de edad avanzada, particularmente aquellos entre 60 y 90 años, suelen tener la mayor participación. Las UPP se clasifican según la cantidad de tejido cutáneo involucrado, siendo las más graves las úlceras por presión de grado I (que generalmente se manifiestan como eritema o una mancha

púrpura persistente) hasta las úlceras por presión de grado IV (que son lesiones profundas) que ponen en peligro tejidos, músculos y huesos y otras estructuras tensas) (Blázquez et al., 2007). Las UPP pueden tener diversas causas, incluidas lesiones cutáneas previas, inmovilidad, cambios en la función motora o sensorial y otras patologías. Varios profesionales como los celadores estarán a cargo de la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión a nivel hospitalario. En este sentido, y particularmente desde la prevención y promoción de la salud, encontramos que los guardias serán más propensos a cumplir con esta función, siempre atendiendo a las instrucciones de sus superiores inmediatos.

2 Objetivos

Definir todos aquellos indicadores que los profesionales celadores deben saber intervenir de una manera adelantada sobre las úlceras y como aplicar las medidas preventivas más habituales.

3 Metodología

Para abordar este trabajo se realizó una revisión teórica utilizando las bases de datos Scielo, Google Scholar y PubMed y los siguientes descriptores: UPP, protección, salud, prevención, detección, movilización y documentos sobre estos temas. Por lo tanto, inicialmente se seleccionaron algunos artículos que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio.

4 Resultados

La falta de movilización es una de las causas más frecuentes del desarrollo de úlceras por presión, se descubre tras analizar los artículos elegidos. Sin embargo, hay algunas zonas que suponen un mayor riesgo porque, dependiendo de la postura del paciente, serán las que soporten la mayor parte del peso corporal. En este sentido, los profesionales que serán los encargados de movilizar al paciente deben tener en cuenta que la piel puede ulcerarse en cualquier punto. En función de esto, la posición del paciente (decúbito supino, lateral o prono. Tenga en cuenta que la región pélvica o el sacro son las zonas de máxima prevalencia. La úlcera por presión se desarrollará en una zona u otra. Por otro lado, También se ha encontrado que las úlceras por presión son causadas por la presión que ejercen los pacientes que utilizan ventilación mecánica o algún otro tipo de

vía aérea, por lo que las UPP se manifiestan en los pabellones auditivos, en los labios o en otras zonas del rostro. Los pacientes que utilizan sondas nasogástricas, catéteres vesicales, férulas u otros sistemas corren el riesgo de desarrollar úlceras por presión en la piel cercana a estos dispositivos. Los pacientes que han estado inmóviles durante mucho tiempo tienen más probabilidades de desarrollar úlceras por presión. Además, son heridas que curan lenta e inadecuadamente, lo que requiere una serie de cuidados intensos por parte del personal médico y no médico. Los hospitales están aumentando sus protocolos de prevención de úlceras por presión al determinar si un paciente tiene probabilidades de desarrollar una incluso antes de ser admitido. Esto es posible gracias a la exhaustiva investigación que se está realizando sobre los principales factores de riesgo. Una de las medidas de prevención más habituales es revisar la piel del paciente al menos una vez al día para detectar posibles lesiones lo antes posible, ya que tratar una úlcera por presión de grado I es diferente a tratar una de grado superior. Por otro lado, la piel del paciente necesita mantenerse limpia y seca en todo momento, lo que requiere el uso de jabones especiales que no dañen la piel y una precaución constante al secarla. En muchas situaciones, especialmente en los puntos de apoyo (donde hay mayor riesgo de desarrollar una UPP), es conveniente la aplicación de cremas hidratantes. El mejor curso de acción para controlar la presión es cambiar de postura y proteger las zonas más vulnerables. Aquí intervendrá directamente personal tanto médico como no médico (en este caso, los celadores) que apoyará en la movilización y ajustes posturales del paciente, según sea necesario. La movilización del paciente debe planificarse con antelación, teniendo en cuenta las características únicas del paciente y el uso de dispositivos que faciliten el movimiento (como andador, barandillas, trapecio, etc.). Finalmente, los ajustes posturales disminuyen tanto la duración como la intensidad de la presión aplicada en las zonas más delicadas. Siempre que no estén contraindicados, estos ajustes normalmente deben realizarse cada dos o tres horas durante el día. Si es necesario, se puede aumentar la frecuencia. Siempre se debe garantizar el confort del paciente, y se debe fomentar su capacidad funcional. Además, cabe destacar que todas estas recomendaciones generales pueden modificarse dependiendo de factores como la edad del paciente, su capacidad psicomotora, sus antecedentes quirúrgicos, sus características y si existe o no patología adicional.

5 Discusión-Conclusión

Conclusión Dado que ellos son los que tienen el contacto más regular con el paciente y serán los primeros en notarlos, los cuidadores y el personal de TCAE

en particular desempeñarán un papel crucial en la prevención de las úlceras por presión. Por todas las razones antes mencionadas, y debido a que las úlceras por presión son una patología común, particularmente en la población de edad avanzada, estos profesionales deben ser capacitados adecuadamente en su identificación temprana para alertar a los supervisores directos y tomar las medidas apropiadas lo antes posible. Hacer cambios posturales es crucial en este sentido y como medida preventiva, y esta es una gran responsabilidad de los profesionales con los que trabajamos.

6 Bibliografía

López, J. M. H., Alonso, P. S., & Calatrava, L. R. (2017). Seguridad del paciente dependiente: Movilización para la prevención de úlceras por presión. *Salud y cuidados durante el desarrollo*,

Blázquez, R. P., Rubio, R. M. G., Ivars, M. L. M., Alarcón, M. A., Martínez, C. C., Díaz, M. J. P., & García, E. H. (2007). Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(6), 284-290.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). (2003). *Úlceras por presión y heridas crónicas*.

Capítulo 573

PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

M DOLORES GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

Según datos recientes de las últimas fuentes consultadas para la realización de este capítulo, cada vez hay más españoles que piensan que están abocados a sufrir o padecer enfermedades mentales como consecuencia de la realización de su trabajo, están son la depresión, ansiedad, insomnio, estrés, síndrome de estar quemada... Casi el 50% de los trabajadores comparte esta opinión.

Esto es debido a la mala calidad de trabajo que padecen hoy día los trabajadores en nuestro país, tanto en las empresas privadas, como en las administraciones o en los sectores sanitarios o administrativos. La definición de Salud mental según la OMS es la siguiente: un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.

Nos encontramos en la era del estrés, inmediatez y en nuestros puestos de trabajo cada vez nos sentimos más agobiados y ahogados por la carga excesiva de trabajo y la presión que ejercen en nosotros nuestros propios compañeros de trabajo y jefes. Esta es una espiral que nos lleva a perjudicar nuestra salud mental y termina por enfermarnos y desmotivarnos en el entorno laboral.

2 Objetivos

Identificar las causas que provocan al trabajador o trabajadora padecer enfermedad mentales en el ámbito laboral para poder reducirlas y en el mejor de los casos evitarlas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en distintas bases de datos, como Pubmed o Google Scholar, información utilizando las palabras: depresión, mujer, trabajadora, trabajador, empleo, agotamiento mental, salud mental, estrés laboral, tristeza...

También se han consultado datos de la página web de la Organización Mundial de la Salud y del Instituto Nacional de Estadística.

4 Resultados

Las encuestas de las fuentes informativas consultadas revelan que cada vez hay más Españoles y Españolas que no se sienten a gusto en sus puestos de trabajo. El sentirse insatisfecho por la carga continuada y excesiva de trabajo, mal ambiente laboral, incomprensión y falta de empatía por parte de compañeros de trabajo y jefes, sumado al no estar valorado o valorada en sentido laboral, provoca enfermedades mentales en las personas.

Es verdad que la pandemia por COVID y la crisis económica de las familias ha hecho estragos en la salud mental de las personas, unas por la incertidumbre de lo que se nos avecinaba; perder la salud y morir por el contagio del COVID y otros por la pérdida de sus trabajos y de sus correspondientes salarios durante el confinamiento o restricciones del gobierno.

Una vez llegada la normalidad no nos dio tiempo a recuperarnos mentalmente del trauma vivido de lo anteriormente comentado y a todo ello se le suma en la actualidad el cansancio y agotamiento mental que vamos arrastrando debido a la sobrecarga laboral de tareas en nuestro trabajo, cada vez el trabajador y trabajadora tienen más presión y estrés. Nunca antes los psicólogos y psiquiatras han tenido tanto trabajo como hasta ahora, no dan abasto para atender a tantos pacientes. Es más alta la demanda de personas que necesitan de ayuda psicológica, qué profesionales médicos que sean capaces de atenderles. La escasez de médicos ha provocado que halla mucha lista de espera para tener una primera consulta de psiquiatría, y que se haya incrementado la administración de antidepresivos, tranquilizantes, relajantes musculares y ansiolíticos. El gobierno y las

autoridades sanitarias, junto con las administraciones, deben trabajar para solucionar la falta de médicos y proporcionar una atención en la salud mental efectiva y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad cada vez hay más trabajadores de 45 a 60 años que deciden cambiar de trabajo para cuidar o proteger su salud mental. Prefieren ganar menos dinero o que su sueldo sea menor, pero gozar de más tiempo libre y sentirse satisfecho en su entorno laboral o nuevo puesto de trabajo.

Las mujeres son las más afectadas en que su salud mental se perjudique o dañe más que los hombres en sentido laboral. Esto es debido a que la mujer trabajadora no solo tiene que hacer frente a las dificultades de su puesto de trabajo como los compañeros varones, además tiene una sobrecarga de responsabilidades familiares como cuidado de hijos, cuidado de padres ancianos o enfermos...

Es vital que desde las administraciones, desde el gobierno, empresas, autoridades sanitarias y sindicatos se cuide de la salud mental de los trabajadores. Que exista una buena organización, gestión y coordinación del reparto equitativo y justo de las tareas laborales de cada trabajador, que haya comunicación para evitar malos entendidos y conflictos entre los compañeros de trabajo o con los jefes.

Es tarea de todos cuidar nuestra salud mental en el ámbito laboral para poder disfrutar de una vida más plena y feliz y ser más productivos en nuestro trabajo.

6 Bibliografía

He buscado en diferentes bases de datos y en las páginas web del INE y de la OMS

Capítulo 574

EXITUS DEL PACIENTE Y EL CELADOR

PATRICIA REAL TORRES

ALONSO REAL TORRES

MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO

JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

1 Introducción

El término "exitus" en el contexto médico se refiere al fallecimiento de un paciente. Este momento es una de las situaciones más delicadas y desafiantes que enfrenta el personal médico y de enfermería en su práctica clínica. La notificación de un exitus es un evento que marca el final de la vida de un individuo y conlleva una serie de procedimientos y consideraciones éticas y emocionales.

Cuando se produce un exitus, el equipo médico debe actuar con compasión y profesionalismo. Esto implica comunicar la noticia de manera sensible a los familiares del paciente, brindándoles apoyo emocional y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. Además, se deben tomar medidas adecuadas para documentar la causa del fallecimiento, lo que es crucial para la investigación y la estadística médica.

La atención post-mortem, que incluye el manejo adecuado del cuerpo, la notificación a las autoridades pertinentes y la colaboración con los servicios funerarios, también es una parte esencial del proceso. Además, es fundamental que el equipo de atención de la salud cuente con el apoyo de profesionales de la salud mental para afrontar las implicaciones emocionales del exitus y evitar el desgaste emocional.

El exitus de un paciente es un momento crítico en el ámbito médico que requiere una respuesta compasiva y profesional por parte del personal de atención de la salud, con un enfoque en brindar apoyo a la familia, documentar adecuadamente la causa del fallecimiento y gestionar las implicaciones emocionales para el equipo de atención médica.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el celador como profesional sanitario en el servicio de especializada hospitalaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el manejo del exitus del paciente en un entorno hospitalario. Sus funciones son fundamentales para garantizar que este proceso se realice con dignidad, respeto y eficiencia, tanto para el paciente como para sus familiares. A continuación, se describen las funciones del celador en el exitus del paciente:

Soporte emocional: En primer lugar, el celador debe brindar apoyo emocional a los familiares del paciente fallecido. Esto implica ser comprensivo y compasivo,

escuchar sus preocupaciones y brindarles un espacio seguro para expresar sus emociones en un momento tan difícil.

Notificación a familiares: El celador a menudo trabaja junto con el personal médico o de enfermería para notificar a los familiares sobre el fallecimiento del paciente. Esta comunicación debe realizarse con tacto y empatía, ofreciendo el apoyo necesario para enfrentar la noticia.

Preparación del cuerpo: El celador se encarga de preparar el cuerpo del paciente fallecido de manera respetuosa. Esto incluye cerrar los ojos, colocar el cuerpo en posición adecuada y asegurarse de que las sábanas y la ropa estén limpias y ordenadas.

Documentación: Es esencial que el celador colabore en la documentación del exitus, registrando la hora y las circunstancias en las que ocurrió el fallecimiento. Esta información es importante tanto para fines administrativos como legales.

Traslado del cuerpo: El celador tiene la responsabilidad de trasladar el cuerpo del paciente fallecido de manera segura y respetuosa hacia la sala de mortuorio o la morgue del hospital. Este proceso debe llevarse a cabo con el máximo cuidado y discreción.

Colaboración con los servicios funerarios: En algunos casos, el celador también puede interactuar con los servicios funerarios que se encargan del transporte y la preparación final del cuerpo para el entierro o la cremación. Debe asegurarse de que se cumplan todos los procedimientos y requisitos legales.

Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: El celador debe garantizar en todo momento que el proceso se realice de manera respetuosa, manteniendo la privacidad del paciente y su familia y preservando la dignidad del fallecido.

El celador desempeña un papel fundamental en el proceso de exitus del paciente, brindando apoyo emocional a los familiares, asegurando una preparación y traslado respetuosos del cuerpo y colaborando en la documentación adecuada. Su labor contribuye a que este momento tan delicado se maneje con la sensibilidad y el profesionalismo que merece.

5 Discusión-Conclusión

Un traslado del exitus de un paciente a túmulos es un momento de gran sensibilidad que requiere de un celador un enfoque cuidadoso y respetuoso. Para garantizar un traslado exitoso, es fundamental que el celador siga estas recomendaciones.

En primer lugar, es crucial que el celador se comunique de manera efectiva y empática con los familiares del paciente fallecido. Proporcione información clara sobre el proceso de traslado, asegurando que los familiares se sientan acompañados y comprendidos en un momento tan difícil. Además, mantenga una actitud respetuosa y digna en todo momento, asegurándose de que el cuerpo del paciente se maneje con el mayor cuidado y consideración posible.

En segundo lugar, el celador debe trabajar en estrecha colaboración con el personal de los servicios funerarios que se encargan del traslado. Asegúrese de que se sigan los procedimientos y requisitos adecuados para el traslado, y esté disponible para responder a cualquier pregunta o necesidad que surja durante el proceso. La coordinación efectiva entre el celador y los servicios funerarios es esencial para garantizar que el traslado se realice de manera respetuosa y sin contratiempos.

El traslado del exitus de un paciente a túmulos es un proceso delicado que requiere sensibilidad y comunicación efectiva por parte del celador. Brindar apoyo a los familiares y colaborar con los servicios funerarios de manera profesional y empática contribuirá a que el traslado se realice de manera respetuosa y digna.

6 Bibliografía

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 575

EL PACIENTE CON VIH Y LA ATENCIÓN DEL CELADOR

MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO

JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

1 Introducción

El VIH, o Virus de Inmunodeficiencia Humana, es un microorganismo que afecta al sistema inmunológico del ser humano. Este virus pertenece a la familia de los retrovirus y es responsable de debilitar gradualmente las defensas naturales del cuerpo, lo que hace que los individuos sean más susceptibles a diversas infecciones y enfermedades. El VIH se propaga principalmente a través del contacto con fluidos corporales infectados, como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

El VIH se divide en dos tipos principales: el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es la forma más común y virulenta del virus, mientras que el VIH-2 es menos común y se encuentra principalmente en algunas regiones de África Occidental. Ambos tipos de VIH afectan el sistema inmunológico de manera similar.

Si el VIH no se controla con un tratamiento médico adecuado, puede progresar a una etapa más avanzada conocida como SIDA, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En esta etapa, el sistema inmunológico está gravemente debilitado, lo que hace que el cuerpo sea vulnerable a infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer. El SIDA puede poner en peligro la vida de una persona si no se trata.

El diagnóstico temprano y el acceso a la terapia antirretroviral (TAR) son fundamentales para controlar la progresión del VIH y mantener una buena calidad de vida. La prevención, a través del uso de preservativos, la promoción de prácticas sexuales seguras y la educación sobre la transmisión del VIH, también desempeñan un papel crucial en la lucha contra esta infección. A lo largo de las décadas, la investigación y el tratamiento del VIH han avanzado significativamente, pero la prevención y la conciencia siguen siendo vitales para combatir esta epidemia global de salud.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el celador como profesional sanitario en relación con los pacientes con VIH.

3 Metodología

En esta investigación se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El rol del celador en el cuidado de pacientes con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es esencial para garantizar un entorno seguro, respetuoso y eficiente. Aquí se describen las funciones clave del celador en el cuidado de enfermos con VIH:

Apoyo emocional: Los pacientes con VIH a menudo enfrentan estigmatización y ansiedad. El celador debe ofrecer apoyo emocional, escuchando sus preocupaciones y brindando compañía durante su estancia en el hospital. La empatía y la comprensión son cruciales para aliviar el estrés y el aislamiento que algunos pacientes pueden experimentar.

Mantenimiento de la privacidad: El celador debe asegurarse de que se mantenga la privacidad y la confidencialidad de la información de los pacientes con VIH. Esto es fundamental para preservar su dignidad y proteger sus derechos.

Seguridad e higiene: La prevención de infecciones es de suma importancia en el cuidado de pacientes con VIH. El celador debe seguir rigurosamente las normas de higiene y seguridad, garantizando que los equipos y áreas estén limpios y desinfectados adecuadamente. También debe recordar a los visitantes y al personal médico la importancia de seguir prácticas seguras.

Logística y apoyo logístico: El celador puede ayudar en el transporte de pacientes, asegurando que lleguen a sus citas y procedimientos a tiempo. Además, colabora en la gestión de suministros y equipos necesarios para el cuidado de los pacientes con VIH, como jeringas estériles y material de curación.

Comunicación efectiva: El celador puede ser un vínculo importante entre los pacientes y el personal médico. Debe comunicar de manera efectiva las necesidades y preocupaciones de los pacientes, asegurando que sus voces sean escuchadas y atendidas.

Educación: El celador puede desempeñar un papel en la educación de los pacientes sobre su enfermedad y el manejo de su salud. Proporcionar información sobre la importancia de la adherencia a la terapia antirretroviral y las prácticas sexuales seguras es esencial.

El celador desempeña un papel integral en el cuidado de pacientes con VIH al brindar apoyo emocional, mantener la privacidad, garantizar la seguridad y la higiene, facilitar la logística y la comunicación, y proporcionar educación. Su contribución es esencial para crear un entorno de atención de calidad y respetuoso para quienes viven con VIH.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el cuidado de pacientes enfermos de VIH debe priorizar el respeto, la empatía y la confidencialidad. En primer lugar, es esencial brindar apoyo emocional a estos pacientes, reconociendo las posibles preocupaciones y miedos que puedan enfrentar debido a la estigmatización y el diagnóstico. Escuchar con atención y ofrecer compañía durante su estancia en el hospital puede marcar una gran diferencia en su bienestar emocional.

En segundo lugar, el celador debe ser diligente en el mantenimiento de la privacidad y la confidencialidad de la información médica de los pacientes con VIH. Respetar su dignidad y proteger sus derechos es esencial para construir una relación de confianza. Además, colaborar de manera efectiva con el personal médico y de

enfermería para garantizar que se sigan las mejores prácticas de prevención de infecciones es crucial para mantener la seguridad de los pacientes y el personal en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Atención primaria, 30(3), 143-148.

Capítulo 576

EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE CIRUGÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

AROA ALONSO SILLERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

1 Introducción

Una planta hospitalaria de cirugía es una sección o piso dentro de un hospital que se dedica exclusivamente a la realización de procedimientos quirúrgicos. Este espacio está diseñado para proporcionar un entorno seguro, estéril y eficiente donde se llevan a cabo una amplia variedad de intervenciones quirúrgicas, desde cirugías de rutina hasta procedimientos altamente especializados.

En una planta hospitalaria de cirugía, se encuentran quirófanos completamente equipados con tecnología médica de vanguardia, herramientas quirúrgicas esterilizadas y personal altamente capacitado, como cirujanos, anestesiólogos, enfermeras instrumentistas y técnicos quirúrgicos. Estos profesionales trabajan en conjunto para garantizar que cada cirugía se realice de manera segura y efectiva, cumpliendo con los estándares más altos de atención médica.

Además de las áreas de quirófanos, la planta hospitalaria de cirugía suele contar con espacios de preparación preoperatoria y de recuperación postoperatoria, donde los pacientes se preparan para la cirugía y se recuperan después de la misma. Estas áreas también están diseñadas para brindar comodidad y cuidado individualizado a los pacientes en todas las etapas del proceso quirúrgico.

Una planta hospitalaria de cirugía es un componente esencial de un hospital moderno, dedicado a proporcionar el entorno y los recursos necesarios para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos de manera segura y exitosa. Estas instalaciones desempeñan un papel fundamental en la atención médica, permitiendo a los profesionales de la salud realizar cirugías que salvan vidas y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en relación con el paciente ingresado en la planta de cirugía.

3 Metodología

En esta investigación se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados como Pubmed o Google Académico, en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel del enfermero en la planta de cirugía hospitalaria es esencial para garantizar la seguridad, el bienestar y el éxito de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Sus funciones abarcan una amplia gama de responsabilidades antes, durante y después de la cirugía, y se resumen a continuación:

Preparación Preoperatoria:

Evaluación del paciente: Los enfermeros realizan evaluaciones exhaustivas de los pacientes antes de la cirugía para asegurarse de que estén en condiciones adecuadas para el procedimiento. Esto incluye revisar historiales médicos, realizar

exámenes físicos y verificar alergias y medicamentos.

Educación al paciente: Proporcionan información a los pacientes sobre el procedimiento quirúrgico, las expectativas y los pasos a seguir. Esto puede incluir explicar la anestesia, la preparación preoperatoria y las medidas postoperatorias.

Preparación física: Los enfermeros colaboran en la preparación del paciente, asegurándose de que estén debidamente aseados, con ropa quirúrgica estéril y listos para la cirugía. También administran medicamentos preoperatorios según las indicaciones médicas.

Durante la Cirugía:

4. Asistencia al cirujano: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo quirúrgico, asegurando que se tengan todos los instrumentos y suministros necesarios, manteniendo un campo estéril y documentando el procedimiento.

Monitorización del paciente: Durante la cirugía, los enfermeros están atentos a las constantes vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la oxigenación. Detectan y comunican cualquier cambio anormal al equipo médico.

Recuperación Postoperatoria:

6. Cuidado postoperatorio: Los enfermeros son responsables de brindar cuidados postoperatorios inmediatos, como controlar el dolor, administrar medicamentos según las indicaciones, y garantizar la comodidad y la seguridad del paciente en la sala de recuperación.

Evaluación continua: Realizan evaluaciones regulares del estado del paciente, verificando la estabilidad de las constantes vitales y asegurándose de que no haya complicaciones postoperatorias.

Educación y apoyo: Los enfermeros proporcionan información al paciente y a sus familiares sobre el proceso de recuperación, las indicaciones postoperatorias y las señales de alarma. También brindan apoyo emocional en un momento crítico.

Registro y documentación: Es fundamental que los enfermeros documenten de manera precisa todos los aspectos del cuidado del paciente, incluyendo la administración de medicamentos, la monitorización y cualquier incidente durante el procedimiento.

El enfermero en la planta de cirugía hospitalaria juega un papel crucial en todas

las etapas del proceso quirúrgico. Su atención especializada, cuidado continuo y coordinación con otros miembros del equipo de atención médica son esenciales para garantizar que los pacientes reciban la atención de alta calidad que necesitan antes, durante y después de la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr un buen funcionamiento de la planta de cirugía hospitalaria, es fundamental que los enfermeros mantengan altos estándares de cuidado y eficiencia. En primer lugar, la comunicación efectiva con el equipo quirúrgico y otros profesionales de la salud es esencial. Coordinar de manera clara y precisa los detalles del procedimiento y la información del paciente garantiza una cirugía segura y sin complicaciones.

En segundo lugar, la atención a los detalles es clave. Los enfermeros deben ser meticulosos en la preparación del paciente y el quirófano, asegurándose de que todo esté esterilizado y en orden. Además, la monitorización constante de las constantes vitales del paciente durante la cirugía y una atención cuidadosa en la recuperación postoperatoria son cruciales para la seguridad del paciente. Mantener la calma bajo presión y ser diligentes en la documentación completa y precisa también son prácticas esenciales para brindar la mejor atención posible en la planta de cirugía.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 577

EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE UROLOGÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

AROA ALONSO SILLERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

1 Introducción

Una planta de urología es una unidad específica en un hospital o centro médico diseñada para el diagnóstico, tratamiento y atención de trastornos y enfermedades relacionadas con el sistema urinario y el sistema reproductor masculino. Esta unidad se dedica a la atención médica de pacientes con una amplia variedad de condiciones urológicas, que pueden incluir trastornos de la vejiga, riñones, uretra, próstata y genitales masculinos.

En una planta de urología, se encuentran equipos médicos avanzados para la evaluación y el diagnóstico de pacientes, como ecografías, cistoscopios y equipos de radiología. También se realizan procedimientos quirúrgicos urológicos, como cirugía de próstata, cirugía de vejiga o cirugía de cálculos renales, en quirófanos especializados.

El personal médico y de enfermería de una planta de urología está altamente capacitado en el manejo de trastornos urológicos y trabaja en colaboración para proporcionar una atención integral. Además, se brinda educación a los pacientes sobre su condición y se les orienta sobre las opciones de tratamiento disponibles.

Una planta de urología es una unidad médica especializada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos del sistema urinario y el sistema reproductor masculino. Proporciona un entorno dedicado a la atención de pacientes con problemas urológicos, con el objetivo de ofrecer diagnóstico temprano, tratamiento efectivo y atención compasiva.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en la planta de urología.

3 Metodología

En esta investigación se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio como Pubmed o Google Académico, en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en la planta de urología de un hospital, contribuyendo al buen funcionamiento de la unidad y garantizando el bienestar de los pacientes. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en esta planta:

Transporte de pacientes: Una de las funciones fundamentales del celador es trasladar a los pacientes de sus habitaciones a las áreas de diagnóstico, quirófanos o consultorios de urología. Esto implica asegurarse de que los pacientes se sientan cómodos y seguros durante el proceso, brindándoles apoyo físico y emocional si es necesario.

Mantenimiento de la privacidad: El celador debe garantizar que se mantenga la

privacidad y la dignidad de los pacientes en todo momento. Esto incluye cerrar cortinas o puertas en áreas donde se realizan procedimientos o evaluaciones, y ser discreto en todo momento.

Colaboración en procedimientos: En algunas situaciones, el celador puede ser requerido para colaborar en procedimientos médicos o quirúrgicos realizados en la planta de urología. Esto podría implicar ayudar al personal médico en la preparación de equipos o asistir durante procedimientos específicos.

Gestión de equipos y suministros: El celador es responsable de garantizar que los equipos y suministros necesarios para la atención de los pacientes estén disponibles y en condiciones óptimas. Esto incluye mantener el orden en las áreas de almacenamiento y notificar a los departamentos correspondientes en caso de necesitar suministros adicionales.

Seguridad: El celador también desempeña un papel importante en la seguridad de la planta de urología. Debe estar atento a la identificación de riesgos potenciales, como objetos peligrosos en pasillos o áreas de circulación, y tomar medidas para prevenir accidentes.

Comunicación y apoyo: Mantener una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial para garantizar una atención fluida y coordinada. Además, el celador puede brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familiares, especialmente cuando se encuentran en situaciones delicadas o de estrés.

El celador en una planta de urología desempeña un papel crucial en la atención integral de los pacientes, facilitando su transporte, manteniendo la privacidad y la seguridad, y colaborando en la eficiencia de la unidad. Su presencia y profesionalismo son esenciales para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan en un entorno respetuoso y cuidadoso.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento en la planta de urología, el celador puede seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva y la colaboración con el personal médico y de enfermería son esenciales. Mantener líneas abiertas de comunicación y estar dispuesto a ayudar en procedimientos o necesidades inesperadas contribuye significativamente a la eficiencia y seguridad de la unidad.

En segundo lugar, la atención a los detalles y la sensibilidad hacia la privacidad de los pacientes son fundamentales. Asegurarse de que las áreas estén limpias, organizadas y que se mantenga la privacidad durante los procedimientos refleja un entorno de atención de calidad.

El celador también puede brindar un trato amable y compasivo a los pacientes y sus familias, lo que crea un ambiente más cálido y acogedor. En conjunto, estas prácticas ayudan a que la planta de urología funcione de manera óptima, brindando atención de calidad y promoviendo la comodidad y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 578

FUNCIONES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS ANTE PACIENTES CON ANSIEDAD

SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS

NURIA ALCÁÑIZ ALCÁNTARA

BEATRIZ DIEZ MARTINEZ

VERONICA DEL SAZ GARCIA

1 Introducción

Cuando se trata de pacientes con ansiedad en un entorno de urgencias, es esencial brindar una atención compasiva y efectiva para ayudar a aliviar su angustia y abordar cualquier problema médico subyacente.

Cada paciente es único, y las necesidades de atención pueden variar según la gravedad de la ansiedad y la situación clínica. Por lo tanto, es importante adaptar la atención a las necesidades individuales de cada paciente mientras se siguen las mejores prácticas clínicas y se proporciona apoyo emocional efectivo.

Es importante recordar que cada paciente es único y puede responder de manera diferente a la ansiedad. Por lo tanto, la observación cuidadosa y la comunicación efectiva son esenciales para brindar una atención de calidad a pacientes con ansiedad.

Cuando se trata de pacientes con ansiedad, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe prestar especial atención a la frecuencia cardíaca y respiratoria, ya que estos parámetros pueden verse afectados por la ansiedad.

Es importante tener en cuenta que la ansiedad puede tener efectos fisiológicos en el cuerpo, como un aumento en la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, pero no suele afectar directamente la temperatura corporal.

El rango normal de temperatura corporal en adultos suele oscilar entre 36.1°C (97°F) y 37.2°C (99°F) cuando se mide oralmente. Para tomar la temperatura, se pueden utilizar diferentes métodos, como termómetros orales, timpánicos, rectales o axilares, según la situación y la preferencia del paciente.

2 Objetivos

- Explicar la importancia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el control de temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria en un paciente con ansiedad.

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

Aquí hay algunas pautas generales sobre lo que un Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede esperar al medir la frecuencia cardíaca y respiratoria en un paciente con ansiedad:

1. Frecuencia Cardíaca (FC): La ansiedad a menudo desencadena una respuesta de "lucha o huida" en el cuerpo, que puede elevar la frecuencia cardíaca. En un paciente con ansiedad, es común observar una frecuencia cardíaca elevada, que puede ser mayor de lo normal. Un rango típico de frecuencia cardíaca en reposo para un adulto es de 60 a 100 latidos por minuto. Sin embargo, en casos de ansiedad, la FC puede superar estos valores normales.

2. Frecuencia Respiratoria (FR): La ansiedad también puede aumentar la frecuencia respiratoria. Un paciente ansioso puede respirar más rápido y superficialmente. El rango normal de frecuencia respiratoria en adultos en reposo es de 12 a 20 respiraciones por minuto, pero en situaciones de ansiedad, la FR puede aumentar significativamente.

Es importante que el Técnico tenga en cuenta que estos cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria son respuestas normales al estrés y la ansiedad. Sin embargo, es crucial monitorizar estos parámetros para asegurarse de que no alcancen niveles peligrosos o se mantengan en el tiempo, lo que podría indicar una respuesta de ansiedad severa o la presencia de otras complicaciones médicas.

La temperatura corporal en un paciente con ansiedad generalmente se mantiene dentro del rango normal, ya que la ansiedad en sí misma no suele causar un aumento significativo en la temperatura corporal. Sin embargo, es importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) continúe monitoreando la temperatura del paciente como parte de la evaluación de su estado general, ya que las fiebres u otras condiciones médicas subyacentes pueden estar presentes junto con la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe seguir los protocolos de medición de la temperatura establecidos por la institución de atención médica y registrar los valores obtenidos de manera precisa. Si la temperatura del paciente se encuentra fuera del rango normal o si hay otras preocupaciones médicas, debe informar al personal de enfermería o al médico a cargo para que se realice una evaluación y se tome cualquier medida necesaria.

En resumen, aunque la ansiedad en sí misma no suele causar cambios significativos en la temperatura corporal, es importante que el Técnico continúe monitoreando la temperatura del paciente como parte de la evaluación general de su

estado de salud y que comunique cualquier preocupación o cambio a los profesionales de salud responsables.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

Capítulo 579

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y CÓMO ACTUAR ANTE LA DISFAGIA

SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS

NURIA ALCANIZ ALCÁNTARA

BEATRIZ DIEZ MARTINEZ

VERONICA DEL SAZ GARCIA

1 Introducción

La disfagia es una condición médica que se caracteriza por la dificultad para tragar alimentos, líquidos, saliva o incluso la propia saliva. Esta dificultad puede manifestarse en diferentes formas y grados, desde una sensación incómoda al tragar hasta la incapacidad total para ingerir alimentos o líquidos. La disfagia puede afectar a personas de todas las edades y puede ser el resultado de diversas causas.

Existen dos tipos principales de disfagia:

Disfagia orofaríngea: Este tipo de disfagia se produce cuando hay dificultades en la fase inicial de la deglución, que involucra la boca y la garganta. Puede ser el resultado de problemas neuromusculares o estructurales en la boca o la faringe,

como debilidad muscular, daño a los nervios o bloqueos físicos en el paso de los alimentos.

Disfagia esofágica: En este caso, la dificultad se encuentra en la fase posterior de la deglución, en el esófago. Puede deberse a problemas estructurales o funcionales en el esófago, como estrechamientos (estenosis), acidez gástrica excesiva (reflujo ácido), o inflamación.

Es importante destacar que la disfagia puede ser un síntoma de un problema médico subyacente más grave, como enfermedades neuromusculares, accidentes cerebrovasculares, cáncer o afecciones del esófago. Por lo tanto, es fundamental buscar atención médica y evaluación adecuada si se experimentan síntomas de disfagia, ya que el tratamiento y la gestión de esta afección pueden variar según la causa subyacente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la atención a los pacientes en entornos de atención médica, incluyendo aquellos que padecen disfagia.

2 Objetivos

- Explicar el significado de la disfagia y sus tipos así como las funciones en su detección por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

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 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) pueden desempeñar un papel importante en la identificación de pacientes con disfagia en entornos de atención médica. La detección temprana es esencial para garantizar un manejo

adecuado y seguro de la disfagia. Aquí hay algunos pasos que un TCAE puede seguir para identificar pacientes con disfagia:

- Revisar la historia clínica: Comience por revisar la historia clínica del paciente. Busque información sobre condiciones médicas previas, como accidentes cerebrovasculares, enfermedades neuromusculares, cáncer de cabeza y cuello, o cualquier otra afección que pueda aumentar el riesgo de disfagia.
- Entrevista con el paciente: Hable con el paciente y sus familiares o cuidadores si es posible. Realice preguntas específicas sobre la alimentación y la deglución. Pregunte si han notado algún síntoma de disfagia, como atragantamientos frecuentes, dificultad para tragar alimentos o líquidos, pérdida de peso inexplicada o tos durante las comidas.
- Observación durante la alimentación: Durante la comida, observe cuidadosamente al paciente mientras come. Preste atención a señales como tos, carraspeo, atragantamiento, o si el paciente tiene que hacer un esfuerzo excesivo para tragar. Estos pueden ser indicadores de disfagia.
- Evaluación de la alimentación: Observe la forma en que el paciente come. Algunas señales de disfagia incluyen tomar sorbos pequeños de líquidos, evitar alimentos secos o duros, o tomar mucho tiempo para terminar una comida debido a la dificultad para tragar.
- Examen físico de la boca y la garganta: Si es apropiado y está dentro del alcance de su práctica como TCAE, realice un examen físico de la boca y la garganta del paciente para buscar signos de problemas estructurales que puedan contribuir a la disfagia, como úlceras, tumores o debilidad muscular.

Es fundamental que los TCAE estén capacitados y conscientes de la importancia de identificar la disfagia en los pacientes, ya que esta afección puede tener consecuencias graves para la salud si no se trata adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

En conjunto, la identificación temprana de la disfagia y la colaboración con el equipo de atención médica garantizan que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y las modificaciones dietéticas necesarias para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel esencial en este proceso al estar atentos a los signos y sín-

tomas de la disfagia y comunicar de manera efectiva sus observaciones al equipo de atención médica.

La comunicación con el paciente y sus familiares es crucial para obtener información sobre síntomas de disfagia, como atragantamientos, dificultad para tragar y pérdida de peso no explicada.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dysphagia/symptoms-causes/syc-20372028>

Capítulo 580

CONCEPTOS Y EMBALAJES DE LA ESTERILIZACIÓN Y PREPARACIÓN Y USO DE ESTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS

NURIA ALCÁÑIZ ALCÁNTARA

BEATRIZ DIEZ MARTINEZ

VERONICA DEL SAZ GARCIA

1 Introducción

La esterilización es un proceso fundamental en entornos de atención médica para prevenir la propagación de infecciones y garantizar que los instrumentos y equipos médicos estén libres de microorganismos patógenos. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel importante en la preparación y uso de conceptos y embalajes relacionados con la esterilización. Aquí se presentan algunos conceptos clave y prácticas relacionadas con la esterilización y su manejo por parte de los TCAE:

Conceptos Importantes:

- Esterilización: La esterilización es el proceso de eliminación de todos los microorganismos, incluyendo bacterias, virus, hongos y esporas, de un objeto o superficie.
- Antisepsia: La antisepsia implica la desinfección de la piel o tejidos vivos para prevenir infecciones.
- Desinfección: La desinfección es la reducción significativa de la carga microbiana en objetos inanimados, pero no necesariamente la eliminación completa de todos los microorganismos.
- Esterilización por calor húmedo (autoclave): Es un método común de esterilización que utiliza vapor de agua a alta presión y temperatura para destruir microorganismos. Los TCAE pueden estar involucrados en la carga, operación y descarga del autoclave.
- Esterilización por calor seco: Este método utiliza aire caliente para esterilizar. Es menos común que la esterilización por calor húmedo y suele ser utilizado para objetos que no toleran la humedad.
- Esterilización química: Involucra el uso de productos químicos esterilizantes para eliminar microorganismos. Los TCAE pueden ayudar en la preparación de soluciones esterilizantes.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los embalajes de esterilización y preparación y uso de estos.

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 vamos a explicarles los tipos de embalaje y esterilización por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

Embalajes estériles: Los TCAE pueden estar involucrados en la preparación de materiales médicos y quirúrgicos en embalajes estériles, como bolsas o paquetes, antes de la esterilización. Esto asegura que los objetos permanezcan estériles hasta que se utilicen.

- **Indicadores químicos y biológicos:** Los indicadores químicos y biológicos se utilizan para verificar que los procesos de esterilización hayan sido efectivos. Los TCAE pueden ayudar en la colocación de estos indicadores en los paquetes antes de la esterilización.
- **Ciclo de esterilización:** Los TCAE deben entender cómo funciona el ciclo de esterilización en el autoclave, incluyendo el tiempo y la temperatura requeridos, así como las presiones específicas.

Uso de Materiales Esterilizados:

- **Manipulación aséptica:** Los TCAE deben practicar la manipulación aséptica al abrir los paquetes estériles y al usar instrumentos y suministros esterilizados para garantizar que no se contaminen.
- **Fecha de vencimiento:** Los TCAE deben estar atentos a las fechas de vencimiento en los materiales esterilizados y asegurarse de que se utilicen antes de que expiren.
- **Almacenamiento adecuado:** Los materiales esterilizados deben almacenarse en condiciones adecuadas para mantener su esterilidad hasta su uso.

Los indicadores biológicos contienen esporas bacterianas resistentes al proceso de esterilización. Después de la esterilización, se incuba el indicador y se verifica si las esporas han sido destruidas. Si las esporas no crecen, el proceso de esterilización se considera efectivo. Los TCAE pueden estar involucrados en la preparación y seguimiento de estos indicadores.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la gestión de la esterilización y la preparación de materiales estériles en entornos de atención médica. Un manejo adecuado de estos conceptos y procedimientos es crucial para garantizar la seguridad del paciente y la prevención de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la comprensión de estos conceptos y prácticas relacionadas con la esterilización es esencial para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones en el entorno de atención médica. Los TCAE juegan un papel vital en la preparación y el uso de materiales esterilizados, contribuyendo a la calidad y la seguridad de la atención al paciente.

Los indicadores químicos y biológicos son herramientas utilizadas en la esterilización de equipo médico y suministros para garantizar que el proceso haya sido efectivo en la eliminación de microorganismos. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) pueden estar involucrados en la preparación y monitoreo de estos indicadores.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 581

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

1 Introducción

El servicio de quirófano es la parte del centro sanitario que implica un trabajo con asepsia. Es crucial que el desarrollo de las cirugías se realice con eficacia y eficiencia para evitar infecciones que alargan la estancia de los pacientes en los centros sanitarios.

Un quirófano es lo que se llama un servicio cerrado, independiente al resto de las áreas del hospital diseñado y adaptado para llevar a cabo operaciones quirúrgicas a los pacientes que lo necesiten. El quirófano es una zona compleja en cuanto a materiales y aparatos que se utilizan, trabajan un equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios entre los que se incluyen los celadores.

El celador como tal se encarga de una función muy primordial porque debe asegurar la logística, seguridad y bienestar del paciente.

Uno de los elementos básicos de los quirófanos es la formación específica de todos los profesionales que forman los diferentes equipos multidisciplinares. Se debe tener claro las diferentes estancias o salas del servicio de quirófano que va a permitir ir avanzando en asepsia porque en la antesala de los quirófanos no

es necesario ir vestirse e ir en estéril, mientras que dentro de los quirófanos es obligatorio. El trabajo de todos los profesionales va encaminado al bienestar y recuperación del paciente y, por tanto, del celador.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del celador dentro del servicio de quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 quirófano se compone de varias áreas o recintos donde se encuentran ubicados los quirófanos, vestuarios, zonas de lavado y esterilización. En cuanto a las normas de asepsia, se dividen en diferentes zonas:

- Zona negra o sin limitaciones de acceso.
- Zona gris o semi limitada.
- Zona blanca o limitada.

El celador como miembro del equipo de quirófano debe:

- Respetar los espacios para mantener la asepsia y recoger los momentos en los que debe llevar gorro y mascarilla.
- Asegurar que los equipos y aparatos estén disponibles para su uso informando a los superiores de cualquier deterioro.
- Garantizar la seguridad y bienestar de los pacientes.
- Trasladar el paciente desde la unidad en la que está ingresado (Unidad de cuidados intensivos, hospitalización o unidad de cirugía ambulatoria) hasta el quirófano.
- Trasferir al paciente de la cama a la mesa de operaciones utilizando el transfer y evitando cualquier esfuerzo al paciente.
- Trasladar a los pacientes desde el quirófano a la unidad de reanimación, unidad de cirugía ambulatoria o la habitación de la planta en la que está ingresado.

- Saber colocar la paciente en la mesa de operaciones en la posición correcta según la intervención a realizar en base a las órdenes médicas.
- Vigilar el personal que accede al servicio sea el autorizado cumpliendo las normas de higiene específicas del quirófano.

Junto a estas funciones que son consideradas técnicas, el celador debe desarrollar unas actitudes y habilidades psicológicas, ya que es la persona que acompaña al paciente justo antes de entrar en el quirófano, por ello debe transmitirle tranquilidad y seguridad ante la intervención a la que se va a someter.

Pese a que el celador no está presente dentro del quirófano, suele encontrarse cerca del mismo porque en cualquier momento puede ser requerido porque se necesite algún aparato o porque la cirugía ha terminado y debe trasladar al paciente a la unidad que se le indica.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el celador de quirófano es el primer profesional de este servicio cerrado con el que el paciente va a tener contacto, por ello debemos transmitir seguridad y tranquilidad para que el estrés que el paciente y su organismo manifiestan disminuya de tal manera que favorece la intervención quirúrgica. Por ello, el celador como miembro del equipo de quirófano es una pieza clave dentro del engranaje que supone el servicio de quirófano y como tal debe ser consciente del proceso de asepsia y las normas de higiene específicas que exige desarrollar y ejercer nuestra jornada laboral dentro de esta unidad de los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://academiairigoyen.com/wp-content/uploads/2022/02/TEMA-12.-ACTUACION-EN-QUIROFANO-2021.-Oposiciones-Celador-SACYL.pdf>.
2. <https://revistamedica.com/funciones-importancia-celador-quirofano/>.
3. <https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/puesto-trabajo-celador-quirofano>.

Capítulo 582

MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE ENCAMADO POR UN CELADOR

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

RAQUEL MAROTO SEVILLA

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

1 Introducción

Los pacientes que son ingresados en las unidades de hospitalización requieren un estado y posición en las camas o sillas de ruedas de una manera determinada debido a la causa por la que son ingresados. En muchas ocasiones, los usuarios del sistema tienen una costumbre que no favorece la mejoría, sino que suele empeorar su situación.

Dentro de todas las normas, es cierto que los pacientes encamados como protocolo del centro sanitario deben permanecer en decúbito supino o dorsal. Es la posición anatómica por excelencia. Se caracteriza por:

- Posición corporal acostado boca arriba, generalmente en un plano paralelo al suelo.
- Cuello en posición neutra.
- Miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo.
- Extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos gordos hacia arriba.

Como norma general, todo el personal que ejerce sus funciones en el centro sanitario y de forma especial, el celador, está obligado a favorecer la comodidad del paciente sin empeorar su situación y ello implica que mientras se encuentre encamado por orden de un facultativo en base a su estado, somos responsable de llevar a cabo las órdenes médicas por lo que se debe enderezar al paciente para que adopte la posición decúbito supino ordenada por nuestro superior.

2 Objetivos

Describir paso a paso la técnica de colocar en la cama del enfermo que va a colaborar o no colaborar. Al igual que su traslado en silla por el centro sanitario por el profesional 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

Los celadores debemos de tener en cuenta una serie de premisas a la hora de movilizar a los pacientes encamados para colocarlos en decúbito supino:

- Adoptar las medidas de higiene necesarias como el lavado de manos.
- Preparar la zona de trabajo eliminando cualquier elemento que pueda estorbar.
- Garantizar siempre la seguridad del paciente.
- Colocar la cama correctamente sobre el paciente.
- Frenos de cama.
- Cuidado con sueros, drenajes, catéteres, etc.
- Intentar conseguir la cooperación del paciente.
- Seguir instrucciones del personal sanitario.
- Proteger la intimidad del paciente.
- Evitar los movimientos bruscos al mover al paciente evitando el dolor.
- Utilizar las ayudas técnicas siempre que sea preciso.

Procedimiento por parte del celador para colocar al paciente en la posición de decúbito supino:

- Solo se necesita de un profesional para subirlo o enderezarlo.
- El profesional se coloca junto a la cama del enfermo a la altura de su cadera.
- Pedir al enfermo que se agarre con sus manos a la cabecera o en los laterales de la cama.
- Los brazos del profesional se colocarán por debajo de las caderas del enfermo para poder ayudarlo a subir hacia la cabecera de la cama.
- Decir al enfermo que si puede flexione las rodillas para poner las plantas de los pies apoyadas en la cama y así poder disponer de fuerza para elevar los glúteos y dar un pequeño impulso hacia la cabecera de la cama.

En caso de no colaborar se realiza de la siguiente manera, con un profesional a cada lado de la cama:

- Se retirará la ropa de la parte superior de la cama incluida la almohada.
- El celador se colocará a nivel de la pelvis del enfermo, con las piernas separadas y la rodilla más lejana de la cabecera semiflexionada.
- Los dos profesionales deben introducir un brazo por debajo de los hombros del enfermo y el otro brazo por debajo de los glúteos, a nivel del muslo.
- En un movimiento coordinado, levantar al enfermo con suavidad y deslizarlo hasta la posición acordada, realizando un cambio de peso desde la pierna más lejana a la cabecera a la que está más cercana.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, en la mayoría de los casos, el celador va a desarrollar esta función de movilizar en decúbito supino en la cama con un técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Siendo el objetivo el beneficio del paciente con unos cuidados integrales y de calidad.

Por otro lado, los centros sanitarios deben promover las movilizaciones entre dos celadores de tal manera que se previenen problemas osteomusculares que se desarrollan con el paso del tiempo ejerciendo estas funciones sin el personal suficiente.

Por último, se requieren celadores cualificados para movilizar de forma confortable tanto para el paciente como para el profesional uniéndolo a unos recursos humanos que se deben contratar de acuerdo a las necesidades reales de los centros sanitarios que cada tienen más pacientes de geriatría con necesidades de ser movilizaciones en cama en decúbito supino.

6 Bibliografía

1. TECNICAS DE MOVILIZACION DE ENFERMOS PARA TRABAJADORES DEL SAS. Prevención de RRLL. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
2. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y trasferencias. Manual para el cuidador Gobierno de Aragón.
3. Movilización de enfermos. Hospital de Donostia.
4. Consejos y cuidados tras un ictus: información para enfermos y familiares. Guía de Práctica Clínica para el manejo de enfermos con ictus en Atención Primaria.

Capítulo 583

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

1 Introducción

En el contexto de la atención sanitaria, los suministros abarcan una amplia gama de recursos esenciales, desde materiales médicos y equipos hasta medicamentos y productos de higiene. La eficiente administración de estos recursos es fundamental para mantener la operación fluida de un hospital y asegurar que los pacientes reciban la atención que necesitan en el momento adecuado.

La función del celador en el servicio de suministros de un hospital desempeña un papel esencial en el funcionamiento efectivo de la institución médica. Este personal, a menudo pasando desapercibido, contribuye de manera significativa

a garantizar que los recursos y materiales necesarios para la atención de los pacientes estén disponibles de manera oportuna y eficiente. A lo largo de este trabajo, exploraremos las múltiples responsabilidades y tareas que los celadores realizan en el ámbito de los suministros hospitalarios, subrayando su importancia en la atención de la salud.

Los celadores son los encargados de gestionar y supervisar el inventario de suministros médicos y equipos en el hospital, asegurando que las áreas clínicas estén abastecidas adecuadamente. Además, desempeñan un papel fundamental en la distribución y entrega de suministros a las diferentes unidades y departamentos, garantizando que los profesionales de la salud tengan acceso a lo que necesitan para brindar atención de calidad.

Asimismo, los celadores se encargan de mantener la limpieza y el orden en los almacenes de suministros, cumpliendo con estrictos estándares de higiene y seguridad. También colaboran en la gestión de desechos biomédicos y en la recepción de entregas de proveedores externos. Su trabajo es esencial para minimizar los tiempos de espera, optimizar los recursos y garantizar la continuidad de la atención médica.

2 Objetivos

-Definir las características y funciones del celador en dicho servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

El servicio de suministros de un hospital es esencial en el sistema de atención médica. Garantizar la disponibilidad constante de suministros médicos es fundamental para brindar atención segura y efectiva a los pacientes. En este contexto, el papel del celador en el servicio de suministros adquiere una importancia crucial.

El celador en el servicio de suministros cumple diversas funciones clave que contribuyen al funcionamiento eficiente del hospital. Una de las principales responsabilidades de este profesional es la gestión de inventarios. Esto implica llevar un registro detallado de todos los suministros médicos, desde medicamentos hasta equipos, para garantizar que haya suficientes existencias en todo momento. Mantener un inventario preciso es fundamental para evitar escasez de suministros en momentos críticos.

Además de la gestión de inventarios, los celadores también desempeñan un papel importante en la recepción y almacenamiento de suministros. Son responsables de verificar las entregas, asegurándose de que los productos sean los correctos y estén en condiciones óptimas. Luego, deben almacenarlos adecuadamente siguiendo las normas de seguridad y calidad para evitar daños o contaminaciones.

La distribución eficiente de suministros es otra función esencial. Los celadores coordinan la entrega de materiales a las diferentes áreas del hospital, desde las unidades de cuidados intensivos hasta las salas de cirugía. Esto requiere una comunicación efectiva con el personal médico para garantizar que los suministros lleguen a donde se necesitan de manera oportuna.

Además de estas funciones, los celadores también desempeñan un papel clave en el mantenimiento y la limpieza de los almacenes de suministros. Mantener un ambiente limpio y organizado es esencial para garantizar la seguridad y la higiene de los suministros, lo que a su vez contribuye a la prevención de infecciones y otros riesgos para los pacientes.

Vamos a nombrar con más detalle sus funciones que serán las siguientes:

1. **Gestión de Inventarios:** Uno de los roles centrales del celador en el servicio de suministros es la gestión de inventarios. Esto implica llevar un registro meticuloso de todos los materiales médicos y equipos disponibles, asegurando un flujo constante de suministros necesarios.
2. **Recepción y Almacenamiento:** El celador es responsable de recibir y verificar las entregas de suministros médicos. Además, debe asegurarse de que los productos se almacenen adecuadamente, siguiendo las normas de higiene y seguridad.
3. **Distribución Eficiente:** Un aspecto crítico es la distribución de suministros a las diferentes áreas del hospital. El celador debe coordinar la entrega oportuna de materiales a las unidades médicas, garantizando que los profesionales tengan acceso a lo que necesitan.
4. **Mantenimiento y Limpieza:** La higiene y el mantenimiento de los almacenes de suministros son esenciales. El celador debe asegurar que los espacios estén limpios y organizados, evitando contaminaciones y facilitando la búsqueda de suministros.

5. Apoyo en la Gestión de Desechos: El celador también colabora en la gestión de desechos biomédicos, garantizando su disposición segura y adecuada.

Características del Celador en el Servicio de Suministros:

1. Responsabilidad: La atención médica depende en gran medida de suministros disponibles en todo momento, lo que requiere celadores altamente responsables y comprometidos.

2. Atención al Detalle: La gestión de inventario exige una atención meticulosa a los detalles para evitar errores en la distribución y garantizar la disponibilidad constante de suministros.

3. Comunicación Efectiva: La comunicación con otros departamentos y profesionales médicos es esencial para coordinar la distribución de suministros de manera eficiente.

4. Habilidad Organizativa: La organización es clave en el servicio de suministros. Los celadores deben mantener un registro preciso y ordenado de los materiales.

5. Flexibilidad: Los celadores deben adaptarse a las cambiantes demandas de suministros en un entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el celador en el servicio de suministros hospitalarios desempeña un papel esencial. Sus funciones como hemos visto van desde la gestión de inventarios, recepción y almacenamiento de suministros, hasta la distribución eficiente y mantenimiento de la higiene en los almacenes. Para cumplir con éxito estas responsabilidades, el celador debe ser altamente responsable, prestar atención a los detalles y tener habilidades de comunicación y organización. Su labor contribuye directamente a la disponibilidad constante de materiales médicos, lo que es fundamental para brindar atención médica segura y efectiva en un hospital. Reconocer la importancia de los celadores en este entorno es esencial para garantizar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

En resumen, las funciones del celador en el servicio de suministros de un hospital son fundamentales para el flujo operativo de la institución y, en última instancia, para el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1.-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funcion-del-celador-en-el-almacen-y-gestion-de-suministros/>

2.-Rosa Ana de Dios González. EL CELADOR EN EL SERVICIO DEL ALMACÉN. Incluido en la revista Ocronos. Vol. III. N° 8–diciembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III; nº8:113.

3.-Marcos Antonio Fernández Suárez. FUNCIONES Y TAREAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN HOSPITALARIO. Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. N° 4–abril 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº4: 120.

Capítulo 584

EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DEL SECRETO PROFESIONAL

ANGELA SERRANO LOPEZ

1 Introducción

El secreto profesional es importante en todos los ámbitos y además es de carácter obligatorio y confidencial, es importante que exista una extrema confianza entre los pacientes y profesionales.

En la Ley General de Sanidad del 14 de noviembre, en su artículo 10 se regulan los deberes y derechos en cuanto a la información y documentación clínica, en los artículos 7 y 16 se recogen los derechos que los pacientes tienen en cuanto a la confidencialidad entre toda la información que tenga relación con la salud.

Aquellos datos que sean transferidos por los pacientes dentro del entorno sanitario y que tienen relación directa con su historia clínica, están recogidos dentro de la ley orgánica de protección de datos como especial protección.

Los códigos deontológicos pueden considerar aquellas posibilidades de evitar el secreto profesional en casos muy especiales.

Las consecuencias a las que se pueden enfrentar los profesionales sanitarios y no sanitarios por el incumplimiento del secreto profesional puede suponer una multa administrativa e incluso la inhabilitación profesional y hasta penas de prisión de uno a tres años.

Es importante que los profesionales sanitarios conozcan cuales son los principales derechos de los pacientes y guardar el secreto profesional en cualquier caso.

2 Objetivos

Describir aspectos a tener en cuenta sobre el secreto profesional dentro del entorno sanitario y el cumplimiento del mismo que deben de realizar el personal sanitario para que prevalezca dicho secreto profesional.

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 existente en referencia con el secreto profesional

4 Resultados

Es importante que los trabajadores que desempeñen sus funciones dentro del entorno sanitario sean conocedores de lo que implica el estricto cumplimiento del secreto profesional.

Dentro del secreto profesional podemos distinguir tres tipos, dependiendo de aquella forma en la que la información se compartió.

-El secreto natural: El acceso a la información se da de manera natural por una causalidad. En estos casos también existe la obligatoriedad del cumplimiento del secreto profesional ya que existe una prohibición de perjudicar a los pacientes sin ninguna razón.

-El secreto prometido: Después de haber conocido la información por diferentes medios, existe la promesa de no divulgar el mismo. La misma información puede ser de carácter prometedor y natural a la vez.

El secreto confiado: Antes de recibir la información se realiza una promesa, en estos casos este secreto también pasa a ser confidencial.

Existen algunas excepciones que eximen del cumplimiento del secreto profesional estos pueden ser:

- Siempre que exista el peligro a terceros, los profesionales sanitarios y no sanitarios se verán en la obligación de romper el secreto profesional.
- Cuando exista un riesgo de salud pública.
- Los profesionales están obligados a denunciar los hechos delictivos a las autoridades competentes.

- En el caso de ser testigo de una situación delictiva o de mala praxis por parte de sus compañeros de trabajo.
 - En el caso de que tenga autorización por el paciente y sea estrictamente necesario para complementar algún tipo de información.
 - Cuando el ámbito jurídico nos requiera para testificar o colaborar.
- Como podemos observar el secreto profesional se debe de mantener siempre exceptuando algunas circunstancias, debemos de mantener siempre los derechos de los pacientes y favorecer el cumplimiento de los mismos ya que de caso contrario se tendrán consecuencias jurídicas y profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación el secreto profesional es importante que se cumpla en todas las profesiones pero quizás adquiere más importancia en el ámbito de la salud ya que el incumplimiento del mismo puede desencadenar consecuencias para terceros.

Es importante que todos los trabajadores del ámbito sanitario sean conocedores de la ley de protección de datos y en especial de la importancia de mantener el secreto profesional, ya que de caso contrario podría enfrentarse a multas administrativas, penas de prisión de uno a tres años y hasta la posibilidad de la inhabilitación en sus funciones.

6 Bibliografía

<https://www.unitecoprofesional.es/blog/sabes-que-es-secreto-profesional-sanitario/>
<https://revistamedica.com/secreto-profesional-ambito-de-la-sanidad/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-confidencialidad-secreto-medico>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext

Capítulo 585

EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN CON LOS UTENSILIOS DE LA BATERIA DE COCINA. DESCRIPCIÓN Y USO

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

GEMA SORIA LOZANO

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

ROBERTO DIAZ LOSADA

1 Introducción

Se define batería de cocina a aquellos utensilios utilizados para la preparación, conservación y cocción de la materia prima. Estos utensilios son móviles y pueden ser clasificados en tres grupos teniendo en cuenta la finalidad de su utilización:

- Materiales de preparación, como pueden ser: placas y cubetas.
- Materiales de cocción, como pueden ser: sartenes, marmitas...
- Materiales de pequeñas proporciones como pueden ser: chinos, espumaderas...

Del mismo modo, estos materiales pueden encontrar otra división, al tener en cuenta el material por el cual se encuentran fabricados dichos utensilios. El material utilizado para la fabricación de los utensilios estará determinado por la finalidad de dicho utensilio, por lo que el material deberá reunir una serie de

características basadas en la adecuación, inalterabilidad, conductibilidad y conservación del utensilio.

A continuación, se van a detallar los materiales más utilizados en las cocinas hospitalarias:

- Cobre. Al ser un buen conductor del calor.
- Acero inoxidable. Es el material más utilizado en los utensilios donde se lleva a cabo la cocción, conservación y elaboración de alimentos, a pesar de no ser un buen conductor del calor.
- Aluminio. A pesar de deformarse con el uso, es un muy buen conductor del calor, de poco peso y no se oxida.

2 Objetivos

- Definir el concepto de batería de cocina.
- Conocer los utensilios de cocina utilizados por los pinches de cocina para el desarrollo de su actividad profesional.
- Detallar los materiales que conforman la batería de cocina.

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 batería de cocina está conformada por un gran número de utensilios de diferentes utilidades y tamaño, así como del material con el cual se encuentran fabricados.

La función del pinche será tener un adecuado conocimiento de cada uno de los utensilios que conforma la batería de cocina, puesto que una correcta, rápida y adecuada realización de su actividad profesional vendrá determinado por ello.

A continuación, se presentarán los utensilios que conforman las baterías de cocina existentes en las cocinas centralizadas hospitalarias.

- Marmita.

Ollas de gran tamaño utilizadas para la preparación de grandes cantidades de comida, concretamente caldos, fumet y fondos.

Son recipientes cilíndricos con tapaderas, pudiendo ser de diferentes tamaños.

- Cazo con mango.

Utilizado para la realización de salsas, purés o cremas.

Fabricado de aluminio, acero inoxidable o cobre, con capacidad de entre dos a seis litros.

- Baño María.

Utilizado para la conservación de los materiales en una temperatura adecuada para su distribución. Suelen utilizarse para las elaboraciones de salsas y consomés.

- Cocedor de vapor.

Este utensilio está formado por dos marmitas superpuestas entre sí, el cual permite la cocción de los alimentos por el vapor. La marmita superior dispone de un fondo calado que favorece el paso del vapor entre ambas marmitas.

- Sartenes.

Utilizado para freír y saltear alimentos.

Son recipientes metálicos de forma circular con un fondo plano y antiadherente. Se pueden encontrar de diferentes tamaños.

- Sartén de asas.

Utilizada para freír una gran cantidad de alimentos. Fabricada de acero negro laminado con dos asas que permite agarrar la sartén por dos extremos de la sartén.

- Sauteuse.

Utilizada para el salteado de alimentos, así como para rehogar y estofar géneros. Fabricada de cobre estañado, hierro fundido, aluminio o acero inoxidable.

- Sartén abatible.

Utilizada para freír, para hacer alimentos a la plancha o como marmita. Gracias a su cuba pueden prepararse guisos, sopas, arroces, cocidos, etc.

- Perol.

Utilizado para la preparación de postres, como puede ser: la masa para bizcochos o la realización de merengues, almíbares, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener en cuenta que el pinche de cocina deberá poseer los conocimientos adecuados sobre los utensilios utilizados en la cocina hospitalaria, así como de su funcionamiento y la actividad concreta realizada por cada uno de

ellos, puesto que de ello dependerá el mantenimiento y la conservación en perfecto estado de los utensilios de cocina.

6 Bibliografía

1. Pinche. Temario específico. Servicio murciano de salud. España. MAD. Edición 2019.
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 586

LA IMPORTANCIA DE LOS TÉCNICOS DE RAYOS EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

MARIA JESUS LEON GOMEZ

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

1 Introducción

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que se origina en las células de la mama, principalmente en los conductos que transportan la leche hacia el pezón (cáncer de mama ductal) o en los lóbulos productores de leche (cáncer de mama lobulillar). Es uno de los cánceres más comunes en las mujeres, aunque también puede afectar a los hombres, aunque en menor frecuencia.

El cáncer de mama se puede presentar en diferentes formas, y su gravedad y tratamiento dependen de varios factores, como el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el tipo de cáncer de mama y otros factores individuales de la persona afectada.

Algunos síntomas y signos comunes del cáncer de mama incluyen:

- Bulto o masa en la mama o bajo el brazo.
- Cambios en la forma o el tamaño de la mama.
- Cambios en la apariencia de la piel de la mama, como enrojecimiento o hundimiento.
- Secreción de líquido por el pezón, que puede ser sangrienta.
- Cambios en el pezón, como retracción o cambio de dirección.

Es importante destacar que no todos los bultos o cambios en la mama son cancerosos. Muchas mujeres pueden experimentar bultos benignos en sus mamas a lo largo de sus vidas. Sin embargo, cualquier cambio en la mama debe ser evaluado por un profesional de la salud para determinar su causa.

2 Objetivos

- Explicar la gran importancia y las funciones del técnico de rayos en la prevención y detección del cáncer de mama.

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 diagnóstico del cáncer de mama suele involucrar la realización de una mamografía, una ecografía mamaria, una resonancia magnética, y en algunos casos, una biopsia para obtener una muestra de tejido y confirmar la presencia de cáncer.

El tratamiento del cáncer de mama puede variar y puede incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y terapias dirigidas específicas. El enfoque terapéutico depende del estadio del cáncer, la ubicación y el tipo de tumor, así como de la salud general de la persona afectada.

Los técnicos de rayos, especialmente aquellos que trabajan en el campo de la mamografía, desempeñan un papel fundamental en la prevención, detección temprana y diagnóstico del cáncer de mama. Su contribución es esencial en varios aspectos:

- Realización de mamografías: Los técnicos de rayos son responsables de realizar mamografías, que son exámenes de imagenología médica que utilizan rayos X para obtener imágenes de las mamas. Las mamografías son una herramienta fundamental en la detección temprana del cáncer de mama, ya que pueden identificar cambios en el tejido mamario que podrían indicar la presencia de tumores o anomalías antes de que sean detectables a través del examen físico.
- Calidad de imagen: Los técnicos de rayos desempeñan un papel crucial en la obtención de imágenes de alta calidad durante las mamografías. La calidad de la imagen es esencial para garantizar que los médicos radiólogos puedan identificar cualquier anomalía de manera precisa.

El técnico de Rayos es fundamental en la detección temprana es fundamental para el pronóstico y el éxito del tratamiento en el cáncer de mama. Las mamografías regulares y el autoexamen de las mamas son importantes para detectar cambios en las mamas y buscar atención médica si se notan síntomas o cambios preocupantes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los técnicos de rayos tienen un papel crucial en la prevención del cáncer de mama al realizar mamografías de alta calidad y asegurar que las pacientes reciban exámenes de detección regulares. Su contribución es esencial para la detección temprana de la enfermedad, lo que puede llevar a un tratamiento más efectivo y a una mejor supervivencia. Además, su apoyo y educación a las pacientes son fundamentales para promover la participación en programas de detección y reducir el miedo o la ansiedad asociados con la mamografía. También pueden proporcionar apoyo emocional y tranquilidad durante el proceso, ya que algunas mujeres pueden sentir ansiedad o preocupación al someterse a una mamografía.

6 Bibliografía

https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/screening.htm

Capítulo 587

REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA PARA ESTUDIO DE MASA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE RAYOS

MARIA JESUS LEON GOMEZ

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

1 Introducción

La masa abdominal, en el contexto médico, se refiere a la presencia de un crecimiento o una acumulación de tejido en la región del abdomen, que es la parte del cuerpo que se encuentra entre el tórax y la pelvis. Esta masa puede tener diversas causas y características, y puede ser benigna o maligna.

Algunas de las posibles causas de una masa abdominal incluyen:

- Tumores benignos: Pueden desarrollarse tumores no cancerosos en varios órganos del abdomen, como el útero, los ovarios, el hígado o el riñón. Estos tumores a menudo son detectados mediante exámenes médicos de rutina o debido a síntomas específicos.

- Tumores malignos: El cáncer puede afectar a varios órganos abdominales, incluyendo el cáncer de ovario, el cáncer de colon, el cáncer de páncreas, el cáncer de hígado y otros. Estos tumores malignos pueden crecer y formar masas en el abdomen.
- Quistes: Los quistes son sacos llenos de líquido que pueden formarse en órganos como los ovarios o los riñones. A veces, los quistes pueden causar una masa palpable en el abdomen.
- Hernias: Las hernias ocurren cuando una parte del órgano o del tejido sale a través de un punto débil o un orificio en la pared abdominal. Esto puede resultar en una protuberancia o masa en el abdomen.
- Acumulación de grasa: En algunos casos, la acumulación de grasa en el abdomen puede dar la impresión de una masa abdominal. Esto puede ocurrir en personas con sobrepeso u obesidad.
- Aneurisma abdominal: Un aneurisma abdominal es una dilatación anormal y potencialmente peligrosa de una arteria en el abdomen. A menudo no causa síntomas, pero puede sentirse como una masa pulsante en el abdomen si es lo suficientemente grande.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia del técnico de Rayos en la realización de la resonancia magnética para estudio de masa abdominal.

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 evaluación de una masa abdominal generalmente requiere de un examen médico completo, que puede incluir pruebas de imagen como ultrasonidos, to-

mografías computarizadas (CT) o resonancias magnéticas (RM), y a veces una biopsia para determinar la causa exacta de la masa y si es benigna o maligna. El tratamiento de una masa abdominal dependerá de su causa y puede variar desde la observación vigilada hasta la cirugía o el tratamiento contra el cáncer en casos de tumores malignos. Si alguien tiene una masa abdominal o está preocupado por un crecimiento en esta área, es importante buscar atención médica para su evaluación y diagnóstico adecuados.

Las funciones del técnico de rayos en una resonancia magnetica para un estudio abdominal serían:

- Colocación de bobinas de resonancia: Se pueden utilizar bobinas de resonancia magnética específicas para el área abdominal que se está estudiando. Estas bobinas se colocarán sobre o alrededor del abdomen del paciente para obtener imágenes de alta calidad.
- Inicio del procedimiento: Una vez que el paciente esté listo y en la posición correcta, el técnico de rayos X iniciará el escáner de resonancia magnética. Durante el procedimiento, el paciente se deslizará dentro del escáner, que es una máquina en forma de túnel o tubo.
- Adquisición de imágenes: El escáner de resonancia magnética generará campos magnéticos y pulsos de radiofrecuencia para crear imágenes detalladas de la masa abdominal y las estructuras circundantes. El paciente debe permanecer quieto durante la adquisición de imágenes para evitar que se generen imágenes borrosas.
- Finalización del estudio: Una vez que se hayan obtenido todas las imágenes necesarias, el técnico de rayos X retirará al paciente del escáner de resonancia magnética.
- Información al radiólogo: Las imágenes de resonancia magnética se enviarán al radiólogo para su interpretación y elaboración de un informe médico.

5 Discusión-Conclusión

Después de la resonancia magnética, las imágenes obtenidas se envían al radiólogo, quien interpretará los resultados y proporcionará un informe al médico tratante. El médico utilizará esta información para realizar un diagnóstico y determinar el plan de tratamiento apropiado, si es necesario.

El radiólogo analizará las imágenes obtenidas y emitirá un informe médico que se compartirá con el médico tratante. Basándose en esta información, el médico podrá realizar un diagnóstico y planificar el tratamiento, si es necesario. Es fundamental que el técnico de rayos X realice el procedimiento con precisión y proporcione apoyo al paciente para garantizar una resonancia magnética efectiva y segura.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003796.htm>

Capítulo 588

REALIZACIÓN DE UNA DEFECOGRAFÍA POR EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE PACIENTE CON DIFICULTAD PARA DEFECAR

MARIA JESUS LEON GOMEZ

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

1 Introducción

Una defecografía, también conocida como videodefecografía o estudio de tránsito colónico, es un procedimiento médico utilizado para evaluar y diagnosticar trastornos relacionados con la función del recto y el colon durante la evacuación intestinal. Esta prueba se realiza para evaluar problemas como el estreñimiento crónico, la incontinencia fecal, los prolapso rectales y otros trastornos gastrointestinales.

Durante una defecografía, se utilizan imágenes de rayos X y, en algunos casos, fluoroscopia en tiempo real para observar y registrar el movimiento de las es-

estructuras del recto y el colon mientras el paciente intenta evacuar el contraste utilizado en el estudio.

La defecografía es una herramienta importante para el diagnóstico de trastornos gastrointestinales, ya que permite evaluar la anatomía y la función del recto y el colon en acción. Con esta información, los médicos pueden identificar posibles causas de síntomas como el estreñimiento crónico, la incontinencia fecal o el prolapso rectal y desarrollar un plan de tratamiento adecuado para cada paciente. Es importante seguir las indicaciones médicas y prepararse adecuadamente para el procedimiento para obtener resultados precisos.

El técnico de rayos X puede formar parte del equipo que asiste en el procedimiento, pero el procedimiento en sí mismo y la interpretación de las imágenes están a cargo de profesionales de la radiología especializados en estudios gastrointestinales.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la realización de la defecografía por parte del técnico de rayos ante un paciente con dificultad de defecar.

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 una defecografía, especialmente por un técnico de rayos X, puede variar según las políticas y los procedimientos específicos de cada institución médica y las regulaciones locales.

Sin embargo, aquí se proporciona una descripción general de los pasos que podrían seguirse en un servicio de rayos X ante un paciente con dificultad para defecar:

- Preparación del paciente: El técnico de rayos X o el personal de radiología se asegurarán de que el paciente esté informado sobre el procedimiento y de que haya dado su consentimiento. También se proporcionarán instrucciones específicas sobre la preparación para la defecografía. Esto puede incluir ayuno previo, evacuación intestinal y la eliminación de objetos metálicos o prendas de vestir que puedan interferir con las imágenes de rayos X.
- Exploración inicial: El técnico de rayos X llevará a cabo una breve entrevista con el paciente para recopilar información sobre sus síntomas y antecedentes médicos relevantes, incluyendo la dificultad para defecar y cualquier otro problema gastrointestinal.
- Colocación del contraste: Se administrará al paciente un contraste especial que se introduce en el recto para que sea evacuado durante el procedimiento. Este contraste puede ser un líquido o una sustancia de gel que ayuda a visualizar el movimiento y la función del recto y el colon en las imágenes de rayos X.

El técnico de rayos X utilizará el equipo de rayos X para tomar imágenes de rayos X del área abdominal y pélvica mientras el paciente intenta evacuar el contraste. Esto permitirá observar cómo funcionan las estructuras intestinales durante la evacuación. Durante la defecografía, el paciente puede recibir instrucciones específicas del técnico de rayos X, como apretar o relajar los músculos, para evaluar la función muscular y la coordinación durante la evacuación.

5 Discusión-Conclusión

Las imágenes de rayos X se enviarán al radiólogo, quien las interpretará y elaborará un informe médico que se compartirá con el médico tratante. En función de los resultados de la defecografía, se determinará un plan de tratamiento adecuado para abordar la dificultad para defecar del paciente.

Es importante destacar que la defecografía es un procedimiento que generalmente se realiza en un entorno especializado de diagnóstico por imágenes o radiología gastrointestinal, y la interpretación de las imágenes suele ser realizada por un radiólogo especializado en este tipo de estudios. Los técnicos de rayos X desempeñan un papel fundamental en la realización del procedimiento y la atención al paciente durante la defecografía.

6 Bibliografía

<https://www.radiologyinfo.org/es/info/defecography-mri>

Capítulo 589

QUÉ DEBEMOS DE SABER DE LOS HUEVOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

LLANOS GARCIA ARANOS

1 Introducción

Durante mucho tiempo, la gente ha comido huevos, que son el producto del proceso reproductivo de un animal ovíparo. El tipo de huevo más común es el huevo de gallina; Las variedades menos comunes incluyen huevos de pato, ganso y codorniz. Debido a que los huevos de gallina se analizan con mayor frecuencia cuando se habla de huevos en general, nos concentraremos en ellos en esta sección. Cuando se haga referencia a huevos de otras especies (como un huevo de avestruz), se mencionará la especie de origen. Las partes fundamentales del huevo son las siguientes: - La cáscara, que es una cáscara calcárea, porosa, recubierta exteriormente y con dos membranas internas. Estas dos membranas se dividen en uno de los polos del huevo, formando una cámara de aire cuya altura sirve como prueba de frescura. La yema del huevo es visible como su interior amarillo. La membrana vitelina lo separa del blanco. Puede estar presente

el disco germinal, una posible zona rojiza. Si el óvulo hubiera sido fecundado, el disco germinal habría sido el lugar donde se desarrollaría el polluelo. - Es evidente que esta solución acuosa que contiene proteínas está constituida por capas con grados de viscosidad variables; la capa interior es significativamente más densa que la exterior. Tiene un tono ligeramente amarillo. La yema se sujeta en el centro del huevo mediante chalazas, que son cordones trenzados que conectan la membrana de la yema y los polos del huevo en sus extremos.

2 Objetivos

Exponer cómo es la clasificación de los huevos y cómo saber si se pueden utilizar o no.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 Código Alimentario español divide los huevos en cinco categorías en función de su conservación e idoneidad para el consumo humano: los huevos frescos son aquellos que han sido sometidos únicamente a limpieza en seco y ningún otro procesamiento. Poseen las siguientes características: - Un caparazón robusto y homogéneo. Mantienen su sabor y olor típicos. El blanco es inquebrantable e inequívoco. - La yema está entera, en el centro, de color uniforme (amarillo claro/naranja), y sin cáscara. En la ovoscopia, parecen completamente claras y sin sombras; la cámara de aire mide menos de 7 mm y la yema apenas es visible. Los huevos enteros que han sido refrigerados por un período de tiempo entre 15 y 30 días después de la puesta son aquellos que han sido mantenidos en cámaras frigoríficas o espacios climatizados donde la temperatura se mantiene por debajo de 4 °C. Ha transcurrido un mínimo de un mes y un máximo de seis meses desde que se colocaron los huevos en conservación. Para ser considerado defectuoso,

un huevo debe presentar una o más de las siguientes características: - Están agrietados (total o parcialmente), pero la membrana aún está intacta. - Tienen sabor y olor desagradable. Huevos con daños: Son huevos que no deben ser consumidos por personas. Aparecen como una sombra oscura o una cámara de aire de más de 12 mm de diámetro en la ovoscopia. Son transparentes, tienen una tonalidad verdosa y tienen mucha movilidad, entre otros cambios. - Una cámara de aire de más de 20 mm de ancho. - Un sabor u olor repulsivo. - Una contaminación que sea bacteriana o fúngica. - Podredumbre. - Sangre. - El uso de técnicas de incubación o conservación no autorizadas.

Por todos estos factores debemos tener cuidado para prevenir intoxicaciones alimentarias que puedan poner en peligro la salud del paciente al cocinar con huevos porque conocemos el estado de los huevos.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales no sanitarios que desempeñamos nuestras funciones como ayudantes de cocina en un hospital, nos enseñaron los componentes fundamentales y la clasificación de los huevos. Sabemos que los animales ovíparos ponen huevos como subproducto de la reproducción, siendo los huevos de gallina los más comunes. Además, somos conscientes de que la clara, la yema y la cáscara constituyen las partes fundamentales del huevo. También sabemos que el Código Alimentario español divide los huevos en dos grupos: huevos frescos y huevos aptos para el consumo humano y los huevos guardados en el frigorífico.

6 Bibliografía

1. ESTRUCTURA DEL HUEVO- Instituto de Estudios del Huevo (2020) https://www.institutohuevo.com/estructura_huevo/
2. CLASIFICACIÓN, MARCADO Y ETIQUETADO DE LOS HUEVOS - Alimentación, dieta y salud (2020) http://files.alimentaciondietaysalud.webnode.es/200000018-45e1146dab/CLASIFICACI%C3%93N_MARCADO%20_Y_ETIQUETADO%20DE%20LOS%20HUEVOS.pdf

Capítulo 590

LO QUE SE DEBE DE SABER SOBRE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA COCINA HOSPITALARIA

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

LLANOS GARCIA ARANOS

1 Introducción

La limpieza consiste en retirar la suciedad tanto orgánica como inorgánica de las superficies sobre las que se utiliza. La desinfección es el proceso de eliminar por completo o reducir drásticamente la cantidad de microorganismos vivos en las superficies sobre las que se aplica. Para que la desinfección sea efectiva primero se debe eliminar la suciedad porque actúa como una barrera que impide que el desinfectante actúe. La limpieza y la desinfección son dos procesos distintos pero conectados. La eficacia de los desinfectantes se ve obstaculizada por la materia orgánica. Para que una solución desinfectante interactúe con microorganismos patógenos específicos, las superficies deben limpiarse a fondo con detergentes antes de su aplicación. El objetivo de los procesos y procedimientos de limpieza es eliminar diversos tipos de suciedad de equipos y superficies. Es necesario

limpiar y desinfectar las superficies y los equipos para garantizar la seguridad de los alimentos y evitar su manipulación. La desinfección tiene como objetivo eliminar todos los microorganismos patógenos y reducir drásticamente la cantidad de microorganismos no patógenos para que ya no puedan tener un impacto en la calidad de los productos. La desinfección se puede realizar físicamente, mediante altas temperaturas, secado o irradiación, o químicamente, con productos químicos desinfectantes. Las responsabilidades del ayudante de cocina también incluyen recoger y limpiar los útiles utilizados, por lo que si estos productos no se utilizan correctamente, podría producirse una intoxicación. El envenenamiento es un problema importante para la salud pública. Es fundamental mantener los establecimientos de alimentos en las cocinas de los hospitales en condiciones limpias, higiénicas y sanitarias, porque los utensilios de cocina, las habitaciones y las instalaciones contaminadas pueden contaminar los productos alimenticios. Los restos de comida y la suciedad, por otro lado, son un refugio para insectos y roedores no deseados, que pueden presentar una serie de problemas de alto riesgo en un hospital porque el envenenamiento probablemente empeoraría significativamente la salud de cualquier paciente, y si un trabajador estuviera infectado, sería un vector de contagio que empeoraría notablemente la situación. En una cocina hospitalaria las tareas se desarrollan de acuerdo con un protocolo de actuación claramente definido y con una infraestructura que permite la separación de productos con áreas de trabajo designadas, cuartos de pescado, carne y verduras, cocina central o postres, minimizando la contaminación cruzada. Además, es fundamental dotar a estas diversas áreas de suficiente equipo, incluidas herramientas y maquinaria, para realizar el trabajo requerido. Todo ello debe realizarse cumpliendo estrictamente el estricto protocolo de limpieza y desinfección del personal de cocina de un hospital.

2 Objetivos

Conocer qué tipo de productos se emplean para los protocolos de desinfección y qué productos para la limpieza, mostrando la importancia de estos en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en algunos libros, sobre la literatura

científica existente sobre las funciones del pinche y una búsqueda con palabras: desinfección y limpieza en la cocina hospitalaria, y en varias páginas de internet.

4 Resultados

Las pautas para la limpieza y desinfección general en las cocinas de los hospitales se enumeran a continuación.

Deberá guardarse la orden que permita su correcta ejecución. No debe haber fuentes potenciales de contaminación cerca del establecimiento. Las instalaciones de producción de alimentos deben mantenerse higiénicas y en buen estado. Gracias a la adecuada distribución, diseño, construcción, ambientación y tamaño esto será posible. Nunca se les dará otro uso que el que normalmente supone la actividad. Evitar la acumulación de tierra, el contacto con sustancias potencialmente tóxicas, la deposición de partículas sobre productos alimenticios y el crecimiento de condensación o moho en las superficies. También deben permitir procedimientos adecuados de higiene de los alimentos, como salvaguardias contra la contaminación y control de plagas. Debido al contacto con su piel, excrementos, picaduras y otros factores, los roedores e insectos se sienten atraídos por los establecimientos de comida. es capaz de contaminar los alimentos. Cuando estas criaturas aparecen en grandes cantidades, se convierten en una plaga. Es necesario implementar medidas preventivas que incluyan barreras físicas esenciales para detener su presencia antes de pasar al uso de biocidas.

Las superficies se mantendrán en buen estado y serán fáciles de limpiar y desinfectar según sea necesario, requiriendo el uso de materiales impermeables, no absorbentes, lavables y no tóxicos.

Los baños tendrán un suministro adecuado de agua fría y caliente, serán fáciles de limpiar y estarán contruidos con materiales resistentes a la corrosión.

Los fregaderos y las instalaciones que se utilizarán para lavar dichos productos deben mantenerse limpios y desinfectados, y deben contar con agua potable fría o caliente, o ambas, según los requisitos de suministro de agua.

Los alimentos, envasados o no, nunca deben dejarse en el suelo ni colocarse en ningún otro recipiente que pueda entrar en contacto con ellos, como bandejas, cuencos o recipientes que no estén destinados a contener alimentos.

Los útiles de limpieza serán los adecuados y se ajustarán a unas buenas normas de conservación e higiene. Cuando una instalación tiene mucho espacio, se aconseja que cuente con equipos industriales que puedan manejar grandes superficies.

Cualquier otra sustancia nociva, tóxica o peligrosa se almacenará en lugares separados donde no haya posibilidad de contaminación de los alimentos, junto con

los pesticidas y los artículos de limpieza y desinfección.

Las instalaciones utilizadas para almacenar residuos deben mantenerse limpias. El desmontaje de las bandejas y la limpieza de los objetos personales del paciente se debe realizar con equipo de protección personal, como mascarilla, guantes y delantal desechable.

Limpiar bandejas, carros y carritos domésticos y de reparto como parte de cada servicio, prestando mucha atención a las zonas de agarre y ruedas. Al recibir carritos sucios, preparar pediluvios con una dilución de lejía de 1000 ppm, rociar las ruedas y utilizar papel secante impregnado de lejía para limpiar las zonas de agarre. El objetivo de la limpieza hospitalaria es eliminar la mayor cantidad posible de contaminantes ambientales y microorganismos contaminantes. Los factores cruciales que se enumeran a continuación deben ser tenido en cuenta para ello.

1. El tipo de superficie a limpiar, los servicios hospitalarios que se ofrecen y la cantidad y tipo de suciedad existente influirán en el método de limpieza.

2. La combinación de detergente e hipoclorito de sodio (lejía) produce un vapor tóxico que no solo pierde su capacidad de desinfectar sino que también daña a los usuarios al irritar sus sistemas respiratorios. Además, no se puede diluir con agua caliente porque emite un vapor conocido como trihalometano, que se cree que es cancerígeno para los animales.

No se recomienda el uso de herramientas como plumeros, escobas, franelas, etc. cuando se utilizan técnicas en seco y como resultado de una mayor exposición al polvo y partículas portadoras de gérmenes en el medio ambiente.

3. La limpieza se realizará únicamente en una dirección, sin retroceder, de arriba hacia abajo, ni de lado a lado.

Su menor concentración, su menor tiempo de contacto y su falta de residuos lo hacen mejor para las superficies y el aire que otros desinfectantes. Podemos aprender más considerando ideas como prohibir el barrido en seco para reducir el polvo o exigir inspecciones diarias del estado higiénico de los equipos, aparatos eléctricos e instalaciones. La eliminación de escombros que no están adheridos es uno de los métodos más utilizados. 2/ Para eliminar los residuos adheridos, utilizar un detergente específico. Enjuague bien para eliminar todo el detergente.

- 4/ Secar con técnica higiénica. Los métodos de desinfección pueden ser físicos o químicos. En los restaurantes se aplican frecuentemente las siguientes técnicas:

1. Métodos físicos: consisten en el uso de vapor o agua caliente (superior a 65 °C), que se realiza mediante lavado mecánico (lavavajillas, túneles, etc.).

- 2) Métodos químicos: Implican el uso de lejía, el desinfectante más común, junto con otros desinfectantes que tienen la capacidad de matar microorganismos.

5 Discusión-Conclusión

El entorno sanitario es actualmente foco de especial atención en la prevención de la propagación de microorganismos, porque puede ser una fuente de recuperación de patógenos que pueden causar infecciones relacionadas con la atención de la salud, como los microorganismos. Las superficies tienen un riesgo bajo de transmisión directa de infecciones, pero pueden promover la contaminación cruzada secundaria por parte de los trabajadores de la salud y los instrumentos o productos que pueden entrar en contacto con estas superficies y contaminarse, contaminando a los trabajadores, pacientes u otras superficies. Por ello, mantener la limpieza y desinfección de las superficies es primordial para prevenir y reducir infecciones. En relación con la seguridad alimentaria, es fundamental contar con protocolos claros y la implementación de todas las recomendaciones de buena higiene, porque el riesgo de contaminación o intoxicación del ambiente hospitalario por una mala limpieza o desinfección no es razonable. Limpiar y desinfectar el área de acuerdo con diversas normativas aprobadas y garantizar su cumplimiento. Considerando su impacto en los pacientes, trabajadores sanitarios y demás usuarios de los productos tratados con las necesarias garantías sanitarias, y considerando que es el primer proceso de la cadena alimentaria donde la falta de limpieza y desinfección daña toda la cadena, la limpieza y desinfección en el hospital.

6 Bibliografía

http://www.afam.org.ar/textos/13_08/manual_de_limpieza_y_desinfeccion_hospitalaria_hospital_trelew.pdfPlataforma Logoss .
Temario pinche parte específica. Editorial MAD

Capítulo 591

LESIONES QUE PUEDEN SUCEDERLES A LOS TRABAJADORES EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

LLANOS GARCIA ARANOS

1 Introducción

Los profesionales que trabajan en la cocina de un hospital, como cocineros y camareros, están sujetos a multitud de riesgos laborales como consecuencia de sus funciones habituales. Estos profesionales están expuestos a diversos riesgos laborales, entre ellos los relacionados con la seguridad, la higiene, la exposición directa a sustancias químicas, el ruido, el contraste de temperatura, esfuerzos excesivos, posturas ergonómicas forzadas, etc., y los riesgos psicosociales, estrés, organización del trabajo, etc. No hay duda de que, dada la magnitud de los factores de riesgo, los daños que causan se multiplican exponencialmente. Los riesgos ergonómicos son los que normalmente reciben menos atención y se les da importancia tanto personal como médica de los cuatro grupos de riesgo laborales recién mencionados. Esto se debe a que el daño provocado por factores

ergonómicos no es tan evidente como un corte o una quemadura; más bien, es un daño que se desarrolla después de estar expuesto a la causa del daño durante un período de tiempo considerable y que normalmente se soporta y se sufre en silencio. Ejemplos comunes de lesiones músculo-esqueléticas provocadas por factores ergonómicos asociados con el trabajo en una cocina comunitaria, como un hospital, incluyen tendinitis, dolor lumbar, hernias o dolor en las articulaciones. Los movimientos repetitivos, las posturas forzadas, las zonas de trabajo mal distribuidas, la manipulación repetida de cargas, etc., contribuyen a estos daños. Hay que recordar que tener una lesión músculo-esquelética afectará no sólo al rendimiento a corto, medio y largo plazo del personal de cocina, sino que también afectará al funcionamiento de la cocina en el futuro y a cómo se organizará. Estas lesiones tienen un fuerte carácter crónico y provocarán bajas laborales si no se tiene en cuenta una adecuada prevención o un posterior tratamiento médico óptimo.

2 Objetivos

- Saber las buenas prácticas para prevenir lesiones músculo-esqueléticas para los trabajadores de la cocina.
- Conocer las lesiones músculo-esqueléticas más frecuentes en una cocina

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha recurrido a una metodología basada en el estudio de varias bases de datos como Pubmed o Google Scholar y encontrando la información sobre cómo adaptar las condiciones en las cocinas hospitalarias para evitar las enfermedades que pueden producir.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta que la mayoría de estos trastornos músculo-esqueléticos se manifiestan inicialmente como dolores o molestias leves a lo largo de la jornada laboral y que normalmente disminuyen y desaparecen una vez finalizada dicha jornada laboral para poder comprender los síntomas de estos trastornos. En consecuencia, los síntomas empeoran con el tiempo y repercuten en toda la vida diaria de la persona afectada. Por tanto, la calidad del paciente que sufre este tipo de lesiones mejorará gracias a una prevención eficaz y, en el

caso de que ninguna de las dos cosas sea posible, a un diagnóstico precoz de la enfermedad. Todos fueron provocados por llevar cargas incorrectas, estar de pie durante largos períodos de tiempo, usar zapatos inadecuados, realizar movimientos repetitivos de alta frecuencia y adoptar posturas forzadas.

Los problemas músculo-esqueléticos más habituales en las cocinas de los hospitales pueden afectar a huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos. Las lesiones o afecciones músculo-esqueléticas más típicas se enumeran a continuación, y cada afección se clasifica según la ubicación del cuerpo donde ocurre.

Trastornos en manos y muñecas:

La tendinitis es una inflamación de cualquier tendón de la mano que ha sido sometido a movimientos repetidos y repetitivos.

- Síndrome del túnel carpiano: afección que afecta a la muñeca y se caracteriza por calambres, entumecimiento en la mano y los dedos, hormigueo en los dedos y dolor punzante en la palma de la mano y el brazo.

- Contractura de Dupuytren: esta afección provoca que los músculos de la mano se atrofen y deformen de tal manera que provoca que los dedos estén constantemente flexionados.

Trastornos del codo y brazos:

El codo de tenista se conoce como epicondilitis. A la altura del codo hay tendones que se encuentran inflamados. Se manifiesta como resultado del uso excesivo del brazo, codo o muñeca.

- Bursitis: esta afección provoca que la bursa, que sirve como amortiguador entre músculos, huesos y tendones, se inflame. Es el resultado del uso excesivo de movimientos repetitivos que son demasiado frecuentes.

Trastornos en la zona lumbar:

- Hernia discal: Esta lesión resulta del deterioro y degeneración de uno de los discos intervertebrales que amortiguan las vértebras lumbares. Además de la fatiga muscular generalizada, se caracteriza típicamente por hormigueo en las extremidades, el cuello o la región de los glúteos.

- Dolor lumbar: provocado por la contracción de los músculos de la espalda, se trata de un dolor agudo que se localiza en la parte baja de la espalda. Es curioso que pueda deberse tanto a trabajos sedentarios como a trabajos que exigen un esfuerzo físico excesivo o manipulación de cargas.

- Lumbosciatalgia: trastorno caracterizado por dolor lumbar que se proyecta vagamente a piernas, glúteos y caderas.

Trastornos del cuello y los hombros:

- Hombro congelado: El hormigueo y la pesadez muscular suelen ser los primeros síntomas, que empiezan a aparecer por la noche. Es una inflamación de los ten-

dones del hombro que limita la rotación del hombro con el tiempo y eventualmente lo paraliza por completo.

-Síndrome de tensión cervical: Una contractura muscular del cuello que es incontrolable y que generalmente resulta de realizar tareas por encima del nivel de la cabeza, como levantar objetos pesados o mantener una postura inclinada hacia adelante.

Trastornos de las piernas:

- Varices: Estar mucho tiempo de pie y usar zapatos inadecuados son dos causas comunes. Son protuberancias debajo de la piel que en realidad son venas dilatadas.

Trocanteritis: Esta patología se manifiesta como una inflamación de los músculos que recubren el fémur. Para prevenir cualquier tipo de lesión del músculo esquelético, es necesario adoptar una serie de estrategias de mitigación. Toda la pierna y una parte de la cadera se ven directamente afectadas en términos de movilidad. Suele manifestarse como una falta de fuerza en los músculos de las piernas, así como un dolor intenso, y por ello ofrecemos los siguientes consejos.

- Crear un ambiente en el trabajo donde podamos movernos de manera más eficiente mientras ahorramos dinero.

- Cuando trabaje en la cocina, utilice calzado adecuado.

- Permita descansos entre tareas para permitir que sus músculos y articulaciones descansen y se recuperen.

- Respetar las instrucciones de uso del fabricante cuando utilice el equipo de trabajo que tenga a su disposición.

- Abstenerse de mantener posiciones tensas durante periodos prolongados de tiempo. - Ser consciente de los peligros que supone una mala ejecución y práctica del trabajo.

- Alternar tareas que te permitan realizar movimientos diferentes a los que ya has hecho.

- Utilice materiales ergonómicos y aptos para la cocina.

5 Discusión-Conclusión

La práctica y puesta en marcha de una cocina colectiva, más que un descuido o negligencia del propio personal, pone al personal de cocina de un centro hospitalario en un alto riesgo de sufrir este tipo de lesiones. Los daños resultantes del trabajo en la cocina pueden considerarse los más descuidados, especialmente las lesiones músculo-esqueléticas. Se trata de accidentes que deben evitarse y luego descubrirse porque pueden provocar incapacidades laborales a largo plazo. Los

empleadores deben hacer más que simplemente brindar a los trabajadores capacitación e información sobre riesgos potenciales para prevenir y minimizar este tipo de lesiones, velando por su salud y bienestar como profesional. Será más fácil llamar la atención sobre los problemas de salud que afectan a muchos trabajadores si todos son conscientes de los riesgos ergonómicos actuales que pueden provocar daños y lesiones músculo-esqueléticos en entornos como las cocinas de los hospitales. Todo esto tendrá un efecto en lo felices que estarán sus empleados y en lo conocida que sea su empresa.

6 Bibliografía

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. <https://www.agloval.com/distribucion-y-ergonomia-en-la-cocina>.

Capítulo 592

LOS SISTEMAS DE DISTRUBUCIÓN QUE SE ESTABLECEN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS.

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

1 Introducción

En este capítulo discutiremos los distintos tipos de circuitos de distribución que están disponibles, los que deben usarse y el funcionamiento correcto e ideal de una cocina de hospital. 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 fundamental disponer de circuitos de distribución suficientes y de cocinas en buen estado de funcionamiento para que los alimentos y productos servidos sean seguros y de la mayor calidad posible, así como para que lleguen en un estado ideal y apetecible para que los pacientes puedan consumirlos. Dentro de los distintos circuitos de distribución que hay presentes en una cocina, es necesario distinguir entre la línea de producción en caliente y la línea de producción en frío. La primera línea

de producción es el circuito donde se cocinan los alimentos, o al menos a 65 °C. Estos alimentos deben mantener una temperatura constante hasta su distribución y servicio al paciente. En cambio, los alimentos se conservan y se mantienen en la línea de producción en frío hasta que se comen. La línea caliente debe meterse en carros de baño maría para mantenerse hasta la hora del emplatado.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los sistemas de distribución 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los alimentos deben prepararse adecuadamente y calentarse a la temperatura ideal y necesaria antes de servirse a los pacientes. Para ello, hay muchos recursos disponibles ahora mismo. Es fundamental resaltar la importancia de respetar una serie de normas en los circuitos de distribución, entre ellas:

- Siempre adelante, que exige que se realicen todos los preparativos y manipulaciones para garantizar la seguridad del producto y evitar la contaminación.
- Identificar áreas que se utilizan para distribución, procesamiento y áreas limpias y sucias.
- Diferencias entre climas áridos y templados. Deben ser fáciles de desinfectar y limpiar.
- Llegar a varios lugares debería ser sencillo.

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. Hay una pérdida de calor porque los alimentos tardan mucho en llegar desde el plato hasta la habitación del paciente y porque este sistema tiene dificultades para mantener la temperatura de los alimentos servidos a los pacientes, especialmente

los alimentos calientes. Debido al principal defecto de este sistema de distribución, se utilizan bandejas o carros isotérmicos para evitar o reducir la pérdida de calor o equilibrar la temperatura de los alimentos fríos y calientes.

Por otro lado, se tiene 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. El plato servido al paciente nunca debe almacenarse con alimentos o productos crudos para evitar la contaminación cruzada y mantener la seguridad del plato. Antes de ser servida a los pacientes, la comida se calentará en bandejas fabricadas específicamente para este fin tras su emplatado para subirlas a planta.

5 Discusión-Conclusión

La distribución y los circuitos operativos de la cocina del hospital estarán influenciados por su ubicación dentro del edificio, el número de plantas y camas, y el número total de pacientes. Si no se utiliza el circuito de distribución adecuado, la comida puede llegar fría porque no es lo mismo distribuir comida en un centro pequeño donde las distancias son más cortas y el tiempo para llegar desde la cocina a la habitación del paciente es más corto que también. No es lo mismo repartir alimentos en un hospital muy grande donde el número de camas y de pacientes es muy elevado y las distancias y tiempos para llegar son mucho mayores.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/circuito-alimentos-cocina-hospitalaria/>.
2. <https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-diseno-de-cocinas-hospitalariasprincipios-genericos>.
3. <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/>.

Capítulo 593

CÓMO EMPLATAR EN LAS COCINAS HOSPITALARIA.

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

1 Introducción

El trabajo que se realiza en la cocina del hospital es crucial durante la estancia de un paciente, y hay muchos detalles que se deben cuidar con cuidado. Los pacientes que normalmente ya tienen sistemas inmunológicos débiles y cuerpos debilitados enfrentan un problema muy grave con la propagación de enfermedades transmitidas por alimentos. Como resultado, mantener la seguridad de los alimentos siempre será una prioridad absoluta en las cocinas de los hospitales. Esto comienza con la etapa de clasificación, donde se deben tener en cuenta muchos factores como la temperatura y la agilidad. Nos referimos al Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, que establece las distintas normas higiénicas para la elaboración, comercialización y distribución de alimentos preparados e identifica quién es responsable de desarrollar e implementar sistemas de autocontrol dentro del sector de alimentos preparados con el fin de minimizar y eliminar prác-

ticas de manipulación inadecuadas que podrían resultar en brotes bacterianos y parasitarios e intoxicaciones alimentarias.

Por ello, los procedimientos que se llevan a cabo actualmente en la cocina de un hospital, como la recepción de productos, la preparación y la colocación, entre otros, deben realizarse siguiendo estrictas directrices y pasar estrictos controles de calidad para que llegue al paciente lo mejor posible.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer cómo se emplata y las herramientas esenciales para realizarlo en los diversos métodos de producción.

3 Metodología

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

Destacamos que el sistema de emplatado es el proceso mediante el cual las porciones de comida preparadas en la cocina del hospital se sirven de forma individualizada, de la forma más adaptable posible y a una temperatura adecuada al consumo del paciente. En consecuencia, es un punto fundamental y trascendental en el trabajo que se realiza en una cocina.

Durante este proceso de emplatado se deben extremar las precauciones de higiene. Para ser completamente higiénico, se debe usar ropa con guantes, mascarilla y gorro. Primeros, segundos, platos combinados, disfasias y purés y guarniciones se servirán desde un carrito al baño María y se distribuirán sobre una cinta transportadora para que el personal de cocina los emplate, al final de la cinta transportadora se situarán dietistas o dietistas para supervisar la correcta entrega de la dieta a platos y se tapan las bandejas. Estas bandejas se colocan sobre un carro, que luego se suben a la planta donde la comida llegara a la temperatura idónea y acta para su consumo para el paciente.

Los servicios de colocación se pueden dividir en dos categorías: mesas tradicionales y mesas calientes. -Centralizado, que es el mencionado anteriormente mediante cintas transportadoras, es el que se utiliza con mayor frecuencia. Las siguientes herramientas son necesarias para un enchapado preciso en la cocina de un hospital: cintas, bandejas isotérmicas, con carros, baño maría, etc. Otros instrumentos que se utiliza son los carros dispensadores de bandejas.

Destacamos los siguientes en relación a los distintos sistemas de producción:

- Cadena caliente: Los alimentos servidos deben mantener una temperatura mínima de 65 grados centígrados.
- Cadena de frío: implica preparar el producto con antelación y conservar su frío hasta el momento de servir. El producto debe calentarse a un mínimo de 65 grados centígrados antes de servirlo.
- Cadena de frío del congelado: tras la preparación, la temperatura interior del producto debe aumentar hasta los 65 °C antes de descender hasta los -18 °C.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de colocación de las bandejas es crucial y fundamental para que el paciente tenga la estancia hospitalaria lo más placentera posible, como se analiza en este capítulo del libro. Por ello y para ello se requiere la total implicación y compromiso del personal de cocina. Es fundamental que los responsables de gestionar la cocina de un hospital sean eficaces a la hora de formar a los nuevos empleados para que el emplatado sea lo más eficaz posible, porque, con frecuencia, los miembros del personal sin experiencia experimentan un estrés laboral importante como resultado de su inexperiencia que hay que evitar para conseguir que las bandejas ya emplatadas suban a planta lo más caliente posible.

6 Bibliografía

1. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf.
2. <https://santosgrupo.com/v1/especialidades/cocinas-profesionales/4010-2/>.
3. https://www.hosteleriahospitalaria.org/sites/default/files/Cternews_160_46_81.pdf.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tipos-cocinahospitalaria/>.

Capítulo 594

LAS CLASES DE GAMA DE ALIMENTOS QUE PODEMOS ENCONTRAR EN UNA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

1 Introducción

Intentaremos definir gamas de alimentos, explicar cómo se elaboraron y discutir los beneficios y desventajas de su uso en las cocinas de los hospitales. Dado que existen otras gamas anteriores, comencemos por definir a qué nos referimos cuando decimos “gamas de alimentos”. Usamos la palabra variedad para agrupar los alimentos según sus características, países de origen y métodos de procesamiento. En la primera gama se encuentran los alimentos que se consideran frescos y que no han sufrido ningún tratamiento previo. Estos alimentos conservan todos sus nutrientes y cualidades originales. Es muy corto en términos de utilidad. Consistirían en frutas, verduras, carne y pescado crudos. Segunda

Gama: Incluye tanto las conservas como las semiconservas. Se han sometido a procedimientos que los mantendrán en buena forma durante varios meses. Podemos encontrar latas que aún tienen una larga vida útil. En los procesos se utiliza frecuentemente el envasado térmico y al vacío. Existe una gran variedad de alimentos, entre ellos frutas, verduras, pescado y legumbres. - Tercera Generación: Estos alimentos son congelados. Es un método para mantener los alimentos conservados y listos para comer mediante un breve proceso de cocción. Para todos los alimentos, esta condición no puede mantenerse. Entender que la cadena de frío no se puede romper es fundamental. Dependiendo del tipo de alimento, la fecha de caducidad cambiará. En comparación con la carne o el pescado, por ejemplo, las verduras suelen durar entre 6 y 12 meses. Los alimentos de la cuarta gama son los envasados al vacío y sin cocinar. Por lo general, hay tanto frutas como verduras. A los alimentos de quinta gama se les ha aplicado un procedimiento específico, normalmente cocción y envasado, y además reciben un tratamiento de frío para mantenerlos adecuadamente refrigerados durante todo el proceso. Las siguientes características se aplican a esta categoría de alimentos: -Alta calidad: uso de materias primas sin procesar, sin aditivos ni conservantes, que se calientan para matar posibles microorganismos y mantener el valor nutricional. - Gestión de caducidad: Cuando se procesan estos alimentos se etiquetan sus fechas de caducidad. - Rapidez: Estos alimentos se pueden preparar en unos 20 minutos. - Variedad: Tu preferencia personal lo es todo. Describir qué alimentos de quinta gama puede encontrar el ayudante de cocina en la cocina de un hospital.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es saber la gamas de alimentos que existen y el que más nos interesa en las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Para desarrollar más este capítulo como parte de la investigación se realizó una revisión bibliográfica en varias páginas del cuerpo de literatura científica publicada y en las principales bases de datos, se han buscado minuciosamente en busca de palabras, como gama, alimentos, cocinas etc. Solo se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

Los alimentos de la quinta gama tienen muchas ventajas, pero tras leer numerosos artículos también se han descubierto una serie de desventajas. Entre ellos podemos mencionar los siguientes: - El volumen de envases desechables está aumentando significativamente. Los alimentos se entregan en contenedores indetectables que están destinados únicamente al almacenamiento y transporte. El toque distintivo que aporta la cocina se pierde cuando se estandarizan los alimentos. - Pérdida de frescura inicial: Cocinar, enlatar y almacenar los alimentos provocan la pérdida de la frescura inicial de los alimentos. - Productos perdidos por caducidad: El almacenamiento adecuado de los alimentos es fundamental para evitar que se estropeen y haya que tirarlos. También son dignos de mención los efectos ambientales del aumento de los desechos de dióxido de carbono generados durante el transporte de los alimentos desde el lugar de preparación hasta el lugar de consumo. Un inconveniente adicional es el componente humano. La eliminación de las tareas de cocina en lugares como las cocinas de los hospitales será el resultado del uso de alimentos de alta calidad, lo que reducirá los costos de mano de obra y requerirá una reorganización del personal que antes se necesitaba para las tareas de cocina. Como hemos visto y comentado, los alimentos V Gama tienen ventajas e inconvenientes. A pesar de esto, la mayoría de los establecimientos eligen el modelo de producción tradicional, que logra crear empleo para el público en general y brindar a los pacientes una atención de alta calidad. Sin embargo, debido a que los alimentos V-Gama se producen de manera tan uniforme, con frecuencia no satisfacen las necesidades de cada paciente. Pensemos en los pacientes hospitalizados, cada uno de los cuales puede requerir una dieta particular dependiendo de las patologías que tenga.

5 Discusión-Conclusión

La ciencia y la innovación modernas avanzan rápidamente. Este capítulo se ha centrado principalmente en los alimentos de la V Gama, a pesar de que los alimentos de la VI Gama apenas están empezando a introducirse en la industria alimentaria. El método único de conservación de alimentos es la liofilización, que combina varios procedimientos, que incluyen deshidratación, aspiración y congelación. Como resultado, se crea un alimento seco con una cantidad importante de sus propiedades organolépticas, como aroma, sabor o sabor, aún presentes. Aunque este método de conservación de alimentos tiene muchas ventajas, cabe señalar que es muy caro en comparación con otros métodos y requiere mucha

manipulación. Las frutas, verduras, carnes y mariscos se encuentran entre los productos que suelen recibir este tratamiento. Por lo tanto, es crucial estar al tanto de cada nuevo desarrollo que se crea y analizar y evaluar las mejores formas de incorporar estos desarrollos a nuestra vida diaria. Los gerentes estarían a cargo de esto en lugares como hospitales, pero dependería del personal capacitarse y mantenerse informado sobre las nuevas innovaciones y tecnologías para mantener sus conocimientos actualizados.

6 Bibliografía

1. <https://www.ocu.org/>.
2. <https://www.foodbox.es/las-diferentes-gamas-de-alimentos-y-en-que-consisten/>.
3. <https://g-se.com/gamas-de-alimentos-bp-Q57cfb26e83d90>.

Capítulo 595

COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE SUEROS EN FARMACIA PARA PLANTA

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

1 Introducción

Los sueros en una planta hospitalaria se refieren a soluciones líquidas que se administran a los pacientes por vía intravenosa (IV) para proporcionar líquidos, electrolitos, nutrientes y medicamentos de manera directa y efectiva en el torrente sanguíneo. Estas soluciones son una parte fundamental de la atención médica y se utilizan para diversas finalidades, desde mantener la hidratación hasta administrar medicamentos críticos.

Los sueros pueden tener diferentes composiciones según las necesidades del paciente. Por ejemplo, un suero salino normal contiene una concentración equilibrada de sal y agua para restablecer el equilibrio de electrolitos en el cuerpo. Los sueros también pueden contener glucosa o azúcares para proporcionar energía,

y pueden estar enriquecidos con vitaminas, minerales y otros nutrientes según la situación clínica del paciente.

En una planta hospitalaria, los enfermeros y el personal médico son responsables de administrar los sueros de manera segura y efectiva. Esto implica verificar la compatibilidad de la solución con los medicamentos, ajustar las tasas de administración según las indicaciones médicas y monitorizar de cerca al paciente para detectar posibles efectos secundarios o reacciones adversas.

Los sueros en una planta hospitalaria son soluciones líquidas vitales para el tratamiento y la atención de los pacientes. Su composición varía según las necesidades individuales, y su administración y monitorización adecuadas son esenciales para garantizar una atención médica de calidad y segura.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en la preparación de sueros en el servicio de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el suministro de sueros a una planta hospitalaria, contribuyendo significativamente a la atención y comodidad de los pacientes. Sus funciones incluyen:

Transporte y Distribución: El celador es responsable de transportar los sueros desde el área de almacenamiento o farmacia hasta las distintas unidades o habitaciones de la planta. Esto implica una gestión eficiente de los recursos, asegurándose de que los sueros lleguen a tiempo y en cantidad suficiente a cada paciente.

Inventario y Reposición: Mantener un inventario adecuado de sueros es esencial. El celador debe colaborar con el personal de farmacia para asegurarse de que siempre haya suficientes suministros disponibles. La reposición oportuna evita interrupciones en el tratamiento de los pacientes.

Seguridad: Asegurarse de que los sueros estén almacenados de manera segura y cumplir con las normas de higiene y seguridad es una función importante. Esto garantiza que los sueros no se contaminen y que estén listos para su administración.

Asistencia en la Administración: En algunas situaciones, el celador puede asistir al personal de enfermería en la administración de sueros, especialmente cuando se requiere la movilización o el posicionamiento de los pacientes.

Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el personal de enfermería y médicos es esencial. El celador debe estar al tanto de las necesidades de los pacientes y colaborar en la coordinación de la administración de sueros, especialmente en casos de cambios en las prescripciones o urgencias médicas.

Apoyo al Paciente: Brindar apoyo emocional a los pacientes es una parte fundamental de la función del celador. Esto puede incluir explicar el proceso de administración de sueros, tranquilizar a los pacientes ansiosos y responder a sus preguntas.

Seguimiento de Procedimientos: Asegurarse de que los procedimientos de administración de sueros se lleven a cabo siguiendo los protocolos establecidos es esencial para garantizar la seguridad del paciente. El celador puede ser testigo de la preparación y administración, asegurando que se sigan todas las pautas.

Registro y Documentación: Mantener registros precisos de la entrega de sueros, así como de cualquier incidente o situación excepcional, es esencial para la documentación médica y el seguimiento de la atención del paciente.

El celador juega un papel esencial en el suministro de sueros en una planta hospitalaria. Su contribución en términos de gestión logística, apoyo al personal médico y atención al paciente es fundamental para garantizar una atención médica efectiva y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, resaltamos que para una buena gestión de sueros en las plantas hospitalarias, el celador puede seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, es crucial mantener una comunicación efectiva con el personal de enfermería y farmacia. Mantener un flujo de información constante sobre las necesidades de sueros de las diferentes unidades garantiza una distribución eficiente. Además, estar atento a las actualizaciones en las prescripciones médicas y a cualquier cambio en la demanda de sueros es esencial para evitar escasez o exceso de suministros.

En segundo lugar, la organización y el registro adecuados son fundamentales. Llevar un registro detallado de las entregas de sueros, incluyendo la cantidad, el tipo y la unidad destinataria, facilita un seguimiento preciso y evita confusiones. Mantener un inventario actualizado en el área de almacenamiento es igualmente importante para asegurarse de que siempre haya suficientes sueros disponibles.

Por último, promover la seguridad y la higiene en el manejo y almacenamiento de los sueros es esencial. El celador debe verificar que los sueros estén almacenados adecuadamente y que se sigan todas las pautas de higiene. Esto contribuye a la prevención de contaminaciones y garantiza que los sueros estén en condiciones óptimas para su administración. En conjunto, estas recomendaciones ayudarán a mantener una gestión eficiente y segura de los sueros en las plantas hospitalarias.

6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de enfermería*, 30(3), 271-285.

Capítulo 596

COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE CITOSTÁTICOS PARA HOSPITAL DE DÍA

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

1 Introducción

Los citostáticos son medicamentos que se utilizan en el tratamiento del cáncer, y su administración en un hospital de día es fundamental para brindar atención a pacientes oncológicos de manera ambulatoria. Estos fármacos detienen el crecimiento de las células cancerosas y, en algunos casos, las destruyen.

En un hospital de día, la administración de citostáticos se realiza bajo estricta supervisión médica y de enfermería. Los pacientes reciben el tratamiento en un entorno cómodo y controlado, lo que permite una atención personalizada.

La preparación de citostáticos debe llevarse a cabo siguiendo protocolos rigurosos, garantizando la seguridad en la manipulación y evitando la contaminación. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la preparación, administración y seguimiento de estos medicamentos, asegurando que se cumplan las dosis correctas y los tiempos precisos.

Además, en el hospital de día se brinda apoyo psicológico y emocional a los pacientes, ya que el tratamiento con citostáticos puede ser emocionalmente desafiante. El personal de enfermería y otros profesionales de la salud trabajan en conjunto para proporcionar un ambiente de cuidado integral.

En un hospital de día, la administración de citostáticos es esencial en el tratamiento del cáncer. Se realiza bajo supervisión médica y de enfermería, siguiendo protocolos estrictos para garantizar la seguridad del paciente y se brinda apoyo emocional necesario.

2 Objetivos

Conocer el papel del celador en la preparación de pedidos de citostáticos para 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

El celador desempeña un papel crucial en la distribución de citostáticos en un hospital de día oncológico, donde se realizan tratamientos ambulatorios para pacientes con cáncer. Sus funciones son diversas y abarcan aspectos logísticos, de seguridad y apoyo al personal médico y de enfermería.

Logística y Gestión de Suministros: El celador es responsable de gestionar los suministros de citostáticos en el hospital de día. Esto implica recibir y verificar

la entrega de medicamentos, garantizando que estén en condiciones adecuadas y que se correspondan con las prescripciones médicas. También se encarga de llevar un registro actualizado de los niveles de inventario para asegurarse de que siempre haya suficiente stock disponible.

Preparación de la Sala de Tratamiento: Antes de que los pacientes lleguen para recibir su tratamiento, el celador debe asegurarse de que la sala de tratamiento esté preparada y equipada adecuadamente. Esto incluye verificar que las áreas de tratamiento estén limpias, ordenadas y desinfectadas, y que los dispositivos médicos, como bombas de infusión, estén funcionando correctamente.

Apoyo al Personal de Enfermería: Durante la administración de citostáticos, el celador brinda apoyo al personal de enfermería. Esto puede incluir la preparación de los medicamentos siguiendo las pautas de seguridad, la disposición adecuada de desechos peligrosos y la asistencia en la monitorización de los pacientes.

Seguridad y Protección: La seguridad es de suma importancia en la distribución de citostáticos debido a su toxicidad. El celador debe seguir estrictamente los protocolos de seguridad, incluyendo el uso de equipos de protección personal (EPP) como guantes y batas, y asegurarse de que se cumplan las medidas para evitar la contaminación cruzada.

Apoyo Emocional: El tratamiento con citostáticos puede ser emocionalmente desafiante para los pacientes. El celador puede brindar apoyo emocional, como escuchar a los pacientes, proporcionarles información sobre el procedimiento y, en general, crear un ambiente comprensivo y amigable.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel esencial en la distribución de citostáticos en un hospital de día oncológico. Sus funciones abarcan la gestión de suministros, la preparación de la sala de tratamiento, el apoyo al personal médico y de enfermería, la garantía de la seguridad en el manejo de medicamentos y la provisión de apoyo emocional a los pacientes. Su labor contribuye a que el proceso de tratamiento sea eficiente y seguro.

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 597

COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDO DE FARMACIA PARA PLANTA FUERA DE HORA

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

1 Introducción

La necesidad de realizar un pedido de medicamentos o suministros desde una planta del hospital a la farmacia fuera de las horas habituales de funcionamiento, es fundamental seguir un proceso cuidadoso y coordinado para garantizar la continuidad de la atención al paciente.

En primer lugar, es crucial que el personal de la planta comunique de manera clara y detallada cuáles son los medicamentos o suministros necesarios, la cantidad requerida y la urgencia de la situación. Esto permite que el personal de farmacia pueda priorizar el pedido de manera adecuada.

Segundo, el pedido debe estar respaldado por una justificación médica o de enfermería que explique la necesidad de los medicamentos o suministros en ese momento y cómo esto impactará en la atención al paciente. La farmacia debe tener acceso a esta información para tomar decisiones informadas.

Tercero, es esencial establecer un canal de comunicación directa y eficiente entre la planta y la farmacia fuera de horas. Esto puede lograrse mediante sistemas de mensajería o contactando a un farmacéutico de guardia, si está disponible.

En conclusión, realizar un pedido fuera de hora desde una planta a la farmacia en un hospital requiere una comunicación detallada, justificación adecuada y una coordinación efectiva para garantizar que las necesidades de los pacientes se satisfagan de manera oportuna y segura. Este proceso debe ser parte de los procedimientos de emergencia y contingencia del hospital para garantizar una atención continua y de alta calidad.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en la preparación de pedidos de farmacia para planta fuera de hora.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 se trata de pedidos a farmacia fuera de las horas habituales en un entorno hospitalario, el celador desempeña un papel esencial en la coordinación y el flujo de trabajo. Aunque su función principal puede variar según las políticas y los procedimientos del hospital, aquí se describen algunas de las funciones clave que un celador puede cumplir en este escenario:

Comunicación efectiva: El celador actúa como el enlace entre el personal de la

planta y la farmacia. Debe comunicar clara y eficazmente los detalles del pedido, incluyendo el nombre del medicamento, la cantidad necesaria y la urgencia de la solicitud.

Registro de pedidos: Es responsabilidad del celador mantener registros precisos de los pedidos realizados, incluyendo la hora de solicitud, la justificación proporcionada y cualquier otra información relevante. Esto ayuda a rastrear y documentar las solicitudes de manera adecuada.

Verificación de identidad: Antes de entregar el pedido a la farmacia, el celador debe verificar la identidad del solicitante y asegurarse de que esté autorizado para realizar el pedido. Esto garantiza la seguridad y evita solicitudes no autorizadas.

Manejo seguro de medicamentos: Si el pedido incluye medicamentos controlados o peligrosos, el celador debe manipularlos siguiendo estrictas normas de seguridad y asegurarse de que estén debidamente almacenados y etiquetados para evitar cualquier riesgo.

Seguimiento y respuesta rápida: Después de realizar el pedido, el celador debe mantener una comunicación continua con la farmacia para verificar el estado del mismo. Si surgen problemas o retrasos, debe informar de inmediato al personal de la planta para que puedan tomar medidas alternativas si es necesario.

Colaboración con otros departamentos: El celador puede ser el punto de contacto entre la planta, la farmacia y otros departamentos involucrados en el proceso, como el equipo de enfermería. Facilitar una comunicación efectiva entre estos grupos es crucial para asegurar que las necesidades de los pacientes se satisfagan de manera oportuna.

Apoyo emocional: En situaciones de emergencia, el celador puede proporcionar apoyo emocional al personal de la planta y a los pacientes, ya que la necesidad de un pedido fuera de horas a menudo está relacionada con situaciones urgentes.

El celador juega un papel fundamental en el proceso de pedidos a farmacia fuera de horas, asegurando una comunicación fluida, el manejo seguro de medicamentos y la respuesta rápida a las necesidades del personal de la planta y los pacientes. Su eficiencia y compromiso son esenciales para garantizar la continuidad de la atención médica en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, resaltamos que para garantizar un buen funcionamiento del reparto de pedidos de farmacia fuera de hora, el celador puede seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, es esencial mantener una comunicación efectiva y fluida con el personal de la planta y el equipo de farmacia. Esto implica establecer un sistema de notificación claro para solicitudes urgentes, así como mantener líneas de comunicación abiertas para actualizaciones y seguimiento.

En segundo lugar, la organización y la eficiencia son clave. El celador debe asegurarse de que los pedidos estén bien documentados y etiquetados correctamente, incluyendo toda la información necesaria, como el nombre del medicamento, la cantidad, la autorización y la urgencia. Además, mantener un registro preciso de todos los pedidos realizados es esencial.

Por último, la seguridad es una prioridad. El celador debe seguir las normas y protocolos establecidos para el manejo seguro de medicamentos, especialmente en situaciones de emergencia. Esto incluye el almacenamiento adecuado, la manipulación segura y la verificación de la identidad de los solicitantes.

En resumen, una comunicación eficaz, la organización meticulosa y el cumplimiento de las normas de seguridad son fundamentales para el buen funcionamiento del reparto de pedidos de farmacia fuera de hora. El celador desempeña un papel crucial en la coordinación y el flujo de trabajo, garantizando que las necesidades de los pacientes se atiendan de manera segura y oportuna.

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 598

EL CELADOR ANTE UN PELIGRO DE INCENDIO

JESÚS PERUJO GARCÍA

ANTONIA CARRETERO ROMERO

ANDRES ROSADO BALLESTEROS

1 Introducción

Los Incendios provocan cuantiosos destrozos y pérdidas materiales tanto como pérdidas de vidas humanas.

El celador tiene que estar provisto de medios físicos y materiales para combatir posibles tipos de incendios de una manera efectiva desde su preparación como celador.

Toda medida implementada por el celador tiene como misión la reducción de los daños materiales y/o físicos que el incendio pueda provocar en la institución.

Estudiaremos que la seguridad contra incendios incluye un conjunto de medidas que van encaminadas en evitar tanto el inicio del propio incendio como su gestión para evitar que se propague así como su freno para sofocarlo en la medida de lo posible que esté en nuestra mano.

También veremos los distintos tipos de equipos que existen para según de que incendio se trate, quien debe ir a combatirlo. Hablaremos de los distintos tipos de emergencias clasificada según la gravedad del incendio. Explicamos los factores que se han de producir para que se de un fuego en cualquier sitio de la institución , hablamos de distintos tipos de detectores de fuego para su prevención y de distintas herramientas para su extinción según la magnitud del incendio.

Clasificaremos las clases de fuego y los distintos agentes extintores que se deben usar para cada uno de ellos.

2 Objetivos

Indicar qué tipos de fuegos podemos combatir como celadores de una institución sanitaria.

Describir procedimientos y pautas para que puedan ser combatidos eficazmente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 manera de actuar un celador frente a un incendio se clasifica según el tipo de incendio que se haya producido.

Tenemos varios tipos de incendio que pueden producirse dividiendo los fuegos en clases:

Los fuegos se dividen en las clases A, B, C y D.

Fuego Clase B: es aquel que se presenta en gases y líquidos inflamables.

Fuego Clase C: es aquel que involucra equipos y aparatos electrónicos o eléctricos.

Fuego Clase D: es aquel en el que intervienen metales combustibles.

También se pueden clasificar según la magnitud, por lugar y por riesgo.

Viendo las diferentes clasificaciones de fuegos o incendios, vemos que además de las clases de Incendios existentes también pueden clasificarse según la magnitud, siendo incendios totales, parciales o conatos de incendio (siendo aquí donde interviene el celador directamente).

Entendemos que se puede clasificar de muchas maneras y estas clasificaciones llevan a entender en que incendios puede participar directamente o indirectamente

el celador.

Sabemos que un incendio total es aquel que se produce en la mayoría del sitio donde se produce, es decir un alto porcentaje de superficie destrozada o afectada en ese momento.

Si hablamos de un incendio parcial sabremos que nos estamos refiriendo a una zona más o menos grande del recinto que ha de ser sofocada por equipos de Segunda Intervención Equipo de Segunda Intervención (E.S.I.).

Trabajadores encargados de actuar cuando la emergencia no ha podido ser controlada por los equipos de primera intervención (EPI) que serían los propios celadores y otro personal similar. Los equipos de segunda intervención son los que apoyarán, cuando sea necesario, a los Servicios de ayuda exteriores. Sus componentes deben tener formación y adiestramiento adecuados y son propios trabajadores del centro preparados para estas situaciones.

Los Equipos de primera intervención sabemos que son aquellos equipos exteriores profesionales de estas situaciones en las que se produce una emergencia total, en la que como hemos dicho la mayoría del recinto está en peligro.

Siempre es importante mantener la calma y actuar con precisión, no abrir ventanas ni puertas, entendiendo siempre que el mayor peligro que se puede encontrar un individuo no es el fuego, estampidas de personas corriendo u otras circunstancias sino el humo.

La intervención del celador en los conatos de emergencia de incendios que pueden darse se limita a intentar señalar el sitio y sofocar el fuego para que no vaya propagándose más y se pueda convertir en otro tipo de emergencias mayores como hemos hablado.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo hemos aprendido que tipos de incendios existen según sus clasificaciones, viendo que la clasificación de tipo de incendio, según su magnitud, es en la que nos centraremos para saber si tenemos que participar directamente o indirectamente avisando a otros equipos de intervención diferente a nosotros.

Hemos aprendido también características importantes a la hora de ver el tipo de emergencia como que es lo más peligroso en el momento de un incendio y que se debe o no se debe hacer.

Clasificando los fuegos podremos detectar por qué se ha originado y anticiparnos al actuar para poder sofocarlo lo antes posible o ayudar en lo que podamos dentro de nuestras capacidades en ese momento

6 Bibliografía

www.wikipedia.com

www.google.com

<https://puertasasturmex.com/blog/fases-de-un-incendio/>

Capítulo 599

EL PINCHE DE COCINA (AYUDANTE DE SERVICIOS) Y LA CORRECTA DESCONGELACIÓN DE LOS ALIMENTOS.

MIRIAN LANGREO SERRANO

ANTONIO SAIZ VELASCO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

1 Introducción

La descongelación de alimentos es un proceso importante en la preparación segura de comidas. Cuando se congela un alimento, se detiene el crecimiento de bacterias y se conserva su frescura. Sin embargo, para garantizar la seguridad alimentaria al descongelar alimentos, es fundamental seguir algunas pautas clave:

- Descongelación en el refrigerador: La forma más segura de descongelar alimentos es en el refrigerador. Coloca el alimento congelado en un recipiente apto para alimentos y colócalo en el estante inferior del refrigerador. El tiempo de descongelación dependerá del tamaño y tipo del alimento, pero generalmente tomará varias horas o incluso un día entero.

- Descongelación en agua fría: Si necesitas descongelar alimentos más rápido que en el refrigerador, puedes utilizar el método de agua fría. Coloca el alimento en un envase hermético y sumérgelo en agua fría. Cambia el agua cada 30 minutos para mantenerla fría. Este método es más rápido que la descongelación en el refrigerador, pero aún es seguro. No utilices agua caliente, ya que puede provocar un aumento de la temperatura y permitir el crecimiento de bacterias.
- Descongelación en el microondas: Muchos microondas tienen una función de descongelación que puede utilizarse para descongelar alimentos de manera rápida y segura. Sigue las instrucciones del fabricante y gira o revuelve el alimento con regularidad para asegurarte de que se descongele de manera uniforme. Debes cocinar el alimento de inmediato después de descongelarlo en el microondas.
- Descongelación durante la cocción: Puedes cocinar alimentos directamente desde su estado congelado, pero debes aumentar el tiempo de cocción para asegurarte de que se cocinen completamente. Esto es común con alimentos como hamburguesas o pechugas de pollo congeladas. Asegúrate de cocinarlos a la temperatura interna segura recomendada.

2 Objetivos

- Explicar las importantes funciones en el contexto de un pinche de cocina en la correcta descongelación de los alimentos y su familiarización.

3 Metodología

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

Aquí hay algunos puntos clave sobre la correcta descongelación de alimentos en el contexto de un pinche de cocina:

- Seguir las normas de seguridad alimentaria: El pinche de cocina debe estar familiarizado con las normas de seguridad alimentaria y seguir estrictamente los procedimientos recomendados para la manipulación de alimentos. Esto incluye la descongelación adecuada.
- Planificación: Es importante que el pinche de cocina tenga un plan para la descongelación de alimentos, especialmente si se trata de alimentos que se utilizarán en la preparación de comidas en el mismo día. La planificación previa permite asegurarse de que los alimentos se descongelen de manera segura y oportuna.
- Métodos adecuados de descongelación: El pinche de cocina debe conocer los métodos adecuados para descongelar alimentos. Estos métodos incluyen la descongelación en el refrigerador, en agua fría y en el microondas, según la necesidad y el tiempo disponible. El método seleccionado debe garantizar que los alimentos se descongelen de manera uniforme y segura.
- Evitar la descongelación a temperatura ambiente: Nunca se debe descongelar alimentos a temperatura ambiente, ya que esto puede propiciar el crecimiento de bacterias peligrosas. El pinche de cocina debe evitar esta práctica y optar por métodos seguros de descongelación.
- Etiquetado y control de tiempos: Si se descongelan alimentos en la cocina de un restaurante, es importante que el pinche de cocina los etiquete con la fecha de descongelación y utilizarlos en un plazo razonable de tiempo para mantener la calidad y la seguridad de los alimentos.
- Comunicación con el chef o cocinero: El pinche de cocina debe comunicarse con el chef o cocinero principal para asegurarse de que los alimentos descongelados se utilicen de manera adecuada en las recetas y platos del día.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el pinche de cocina juega un papel importante en la preparación segura de alimentos, incluyendo la descongelación. Siguiendo las pautas de seguridad alimentaria y asegurándose de que los alimentos se descongelen correctamente, contribuye a la calidad y seguridad de las comidas que se sirven en el establecimiento. La formación y la conciencia sobre la seguridad alimentaria son esenciales para desempeñar eficazmente este papel en la cocina.

En conclusión, el papel del pinche de cocina o ayudante de servicios es fundamental en la preparación de alimentos en restaurantes y establecimientos de comida. En cuanto a la correcta descongelación de alimentos, es esencial que el pinche de cocina esté bien informado y siga procedimientos seguros de manipulación de alimentos.

6 Bibliografía

- <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consejos-congelar-descongelar-alimentos>

Capítulo 600

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LA DIETA TERAPÉUTICA

MIRIAN LANGREO SERRANO

ANTONIO SAIZ VELASCO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

1 Introducción

Las dietas terapéuticas, también conocidas como dietas médicas o dietas clínicas, son planes de alimentación específicos diseñados para tratar o controlar condiciones médicas y mejorar la salud de los pacientes. Estas dietas son prescritas por profesionales de la salud, como médicos, dietistas o nutricionistas, y se adaptan a las necesidades y restricciones individuales de cada paciente en función de su condición médica, historial clínico y objetivos de tratamiento. Algunos ejemplos comunes de dietas terapéuticas incluyen:

- Dieta baja en sodio: Recomendada para pacientes con hipertensión arterial o enfermedades cardíacas, esta dieta limita la ingesta de sal y alimentos ricos en sodio para reducir la presión arterial.
- Dieta baja en grasas: Prescrita para pacientes con hiperlipidemia o alto colesterol, esta dieta reduce la cantidad de grasas saturadas y trans en la alimentación

para mejorar los perfiles lipídicos.

- Dieta baja en carbohidratos: Utilizada en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad, esta dieta restringe la ingesta de carbohidratos, especialmente azúcares simples y almidones.
- Dieta sin gluten: Recomendada para personas con enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten, esta dieta elimina todos los alimentos que contienen gluten, como trigo, cebada y centeno.
- Dieta líquida: Prescrita para preparación antes de procedimientos médicos o cirugías, esta dieta permite solo líquidos claros y transparentes.
- Dieta blandas o de fácil digestión: Indicada para personas con trastornos gastrointestinales o después de cirugías, esta dieta incluye alimentos suaves y fáciles de digerir, como arroz, manzanas y pollo hervido.
- Dieta hipocalórica: Utilizada en el tratamiento de la obesidad, esta dieta reduce la ingesta calórica total para promover la pérdida de peso.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunas consideraciones importantes sobre la dieta terapéutica y el papel del pinche de cocina en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El "pinche de cocina" en el contexto de una cocina hospitalaria desempeña un papel crucial en la preparación de las dietas terapéuticas para los pacientes. Estas dietas están diseñadas para satisfacer las necesidades nutricionales específicas de

los pacientes con condiciones médicas particulares. Aquí hay algunas consideraciones importantes sobre la dieta terapéutica y el papel del pinche de cocina en la cocina hospitalaria:

- Conocimiento de las dietas terapéuticas: El pinche de cocina en un entorno hospitalario debe estar bien informado acerca de las diferentes dietas terapéuticas que se utilizan comúnmente en el hospital. Esto incluye dietas como la baja en sodio, la baja en grasas, la baja en azúcar, la libre de gluten, la líquida, entre otras. Cada dieta tiene restricciones y requisitos específicos que deben seguirse cuidadosamente.
- Preparación de alimentos personalizada: Los pacientes en un hospital pueden tener necesidades dietéticas individuales debido a condiciones médicas, alergias o intolerancias alimentarias. El pinche de cocina debe ser capaz de preparar alimentos de acuerdo con las recomendaciones médicas y las preferencias del paciente.
- Control de porciones y nutrientes: Es importante que el pinche de cocina mida y controle con precisión las porciones de alimentos y los nutrientes según las indicaciones médicas. Esto garantiza que los pacientes reciban la cantidad correcta de calorías, proteínas, carbohidratos, grasas y otros nutrientes de acuerdo con su dieta terapéutica.
- Higiene y seguridad alimentaria: En un entorno hospitalario, la higiene y la seguridad alimentaria son críticas. El pinche de cocina debe seguir estrictas normas de higiene, lavado de manos y manejo seguro de alimentos para prevenir la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de los pacientes.
- Adaptación a cambios en las dietas: Las dietas terapéuticas pueden cambiar según la evolución de la condición médica de un paciente. El pinche de cocina debe ser flexible y capaz de adaptarse rápidamente a cualquier cambio en las recomendaciones dietéticas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el pinche de cocina en el entorno de una cocina hospitalaria juega un papel fundamental en la implementación de dietas terapéuticas. Estas dietas están diseñadas para abordar las necesidades nutricionales y médicas específicas de los pacientes, y el pinche de cocina desempeña un papel clave en asegurarse de que se preparen y sirvan alimentos de acuerdo con las indicaciones médicas.

En última instancia, el pinche de cocina en una cocina hospitalaria desempeña un papel vital en la atención integral de los pacientes, ya que contribuye directamente a la calidad y la eficacia del tratamiento médico a través de la provisión de dietas terapéuticas adecuadas. Esto requiere un alto nivel de conocimiento, habilidades culinarias precisas y un compromiso constante con la seguridad alimentaria y la atención centrada en el paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.deustosalud.com/blog/dietetica-nutricion/que-son-dietas-terapeuticas>

Capítulo 601

EL PINCHE DE COCINA EN EL HUT Y SU LABOR EN LA PLANTA DE HOSPITAL

MIRIAN LANGREO SERRANO

ANTONIO SAIZ VELASCO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

1 Introducción

El término "HUT" puede tener diferentes significados según el contexto, pero en el contexto hospitalario, generalmente se utiliza para referirse a "Hospital de Urgencias y Trauma" o "Unidad de Urgencias y Trauma". Estas son unidades o áreas dentro de un hospital dedicadas al tratamiento de pacientes que han sufrido lesiones traumáticas graves o que requieren atención médica urgente debido a una variedad de afecciones médicas agudas.

Las características y funciones de un HUT pueden incluir:

- Atención de emergencia: La principal función de un HUT es proporcionar atención médica inmediata a pacientes con lesiones traumáticas graves, como accidentes automovilísticos, heridas de arma de fuego, caídas graves y otros tipos

de lesiones traumáticas. También se atienden afecciones médicas urgentes, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, dificultades respiratorias graves, entre otros.

- Equipamiento avanzado: Los HUT suelen estar equipados con tecnología médica avanzada, incluyendo equipos de imagenología, quirófanos de emergencia y otros recursos necesarios para tratar a pacientes en estado crítico.
- Personal especializado: En un HUT, hay un equipo médico y de enfermería altamente capacitado en el tratamiento de emergencias y trauma. Esto incluye médicos de emergencias, cirujanos, enfermeros de cuidados intensivos y otros profesionales de la salud.
- Triage: El personal del HUT realiza una evaluación rápida de los pacientes que llegan para determinar la gravedad de sus condiciones y asignar prioridad de atención en función de la urgencia médica.

2 Objetivos

- Describir algunas de las responsabilidades, funciones y labores que un pinche de cocina puede tener en un HUT de un hospital

3 Metodología

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

4 Resultados

En el contexto de un Hospital de Urgencias y Trauma (HUT), el pinche de cocina desempeña un papel esencial en la preparación y entrega de alimentos a los pacientes y al personal médico y de enfermería. La planta de hospital puede tener un servicio de cocina o un área de preparación de alimentos para garantizar que los pacientes reciban la nutrición adecuada y que el personal tenga acceso a comidas y refrigerios. Aquí se describen algunas de las responsabilidades y labores

que un pinche de cocina puede tener en un HUT:

- Preparación de dietas especiales: En un entorno hospitalario, es común que los pacientes tengan necesidades dietéticas específicas debido a condiciones médicas o restricciones alimentarias. El pinche de cocina debe estar preparado para preparar dietas terapéuticas, como dietas bajas en sodio, bajas en grasas, líquidas o sin gluten, según las indicaciones médicas.
- Control de porciones y nutrientes: Es importante que el pinche de cocina siga con precisión las recetas y las indicaciones médicas para garantizar que los pacientes reciban la cantidad adecuada de calorías, proteínas y otros nutrientes de acuerdo con sus necesidades individuales.
- Seguridad alimentaria: La higiene y la seguridad alimentaria son prioritarias en un entorno hospitalario. El pinche de cocina debe seguir protocolos estrictos de higiene, limpieza y manejo seguro de alimentos para prevenir la contaminación y garantizar la seguridad de los pacientes.
- Comunicación con el personal médico y de enfermería: El pinche de cocina debe mantener una comunicación constante con el personal médico y de enfermería para estar al tanto de las necesidades dietéticas de los pacientes y adaptarse a cualquier cambio en las indicaciones médicas.
- Preparación de comidas para el personal: Además de atender las necesidades de los pacientes, el pinche de cocina también puede estar involucrado en la preparación de comidas para el personal médico y de enfermería, que a menudo trabaja largos turnos en un HUT.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del pinche de cocina en un Hospital de Urgencias y Trauma (HUT) y su labor en la planta de hospital son fundamentales para asegurar que los pacientes reciban la atención integral que necesitan. Aunque la atención médica y la respuesta rápida a emergencias son las principales prioridades en un HUT, la alimentación y la nutrición también son aspectos esenciales de la atención médica.

En definitiva, el pinche de cocina desempeña un papel esencial en la atención integral en un HUT, asegurando que los pacientes reciban la atención médica y nutricional adecuada durante su estancia en el hospital. Su labor, aunque a

menudo pasa desapercibida, es un componente valioso del equipo de atención médica en la búsqueda de la recuperación y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 602

EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN DURANTE LA PREPARACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS.

GEMA SORIA LOZANO

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

1 Introducción

Se entiende como materia prima a un producto o material básico, que con su utilización da lugar a la preparación o fabricación de otro producto para poder ser consumido. Un ejemplo básico de una materia prima es un tomate, que tras su preparación o elaboración puede formar parte de una ensalada o convertirse en tomate frito para utilizarlo como sofrito de comidas.

Por lo tanto, la preparación de las materias primas consiste en someter a alimentos naturales en diversas elaboraciones culinarias gracias a someter a dicha materia a diversos procesos de producción o elaboración.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la función del pinche de cocina en la preparación de materias primas.

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 de las funciones recogidas en la orden del 5 de julio de 1971, por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, concretamente en el artículo 13 destinado a las funciones de los pinches de cocina, es la de llevar a cabo la combinación de suministros alimentarios o materias primas para la elaboración de los menús establecidos por los nutricionistas de los centros hospitalarios donde exista una cocina centralizada hospitalaria (13.11.1.)

En el artículo 13.11.3 se determina como otra función de los pinches de cocina una atención exclusiva del número de raciones o dietas de los pacientes, teniendo en cuenta si estas dietas son ordinarias, especiales o extraordinarias, teniendo en cuenta las condiciones de cada paciente debido a su diagnóstico clínico o a sus alergias alimentarias, y teniendo en cuenta las temporadas y fechas destacadas del año como es el caso de navidades o semana santa.

Para que el pinche de cocina pueda desarrollar esta función, previamente debe realizar la preparación de la materia prima recibida por los proveedores y almacenada en las despensas de las cocinas de los centros hospitalarios. Sin la preparación previa de una materia prima, el resultado final en la elaboración no será el buscado, puesto que de ello dependerá:

- La limpieza de la materia prima.
- La reducción de tamaño de la materia prima.

El pinche deberá limpiar la materia prima para eliminar o reducir los microorganismos existentes en los alimentos, los cuales pueden provocar graves enfer-

medades alimentarias.

La limpieza de la materia prima se realizará obligatoriamente, independientemente de la modalidad de elaboración, crudo o cocido.

La actuación del pinche de cocina durante la reducción del tamaño de la materia prima.

El pinche fraccionará la materia prima sólida a través de los siguientes procesos:

- Aplicar una fuerza de impacto como puede ser un hacha.
- Comprimir la materia prima como puede ser con la utilización de un cuchillo.
- Abrasión de la materia prima.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico demuestran que previamente a la preparación de las materias primas se deben realizar una serie de actuaciones para garantizar una adecuada organización del trabajo. Es muy importante que, durante la preparación de estas materias primas, así como en su posterior elaboración, se mantengan las condiciones de higiene adecuadas. Dichas condiciones de higiene deberán ser propias del pinche de cocina (higiene personal de los profesionales) y propias de los utensilios y las maquinarias utilizadas durante la elaboración de dichas materias primas.

6 Bibliografía

1. Pinche. Temario específico. Servicio murciano de salud. España. MAD. Edición 2019.
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 603

LAS RECOMENDACIONES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTES POR PARTE DEL ODONTÓLOGO

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

Una cirugía de implantes, en el contexto odontológico, se refiere a un procedimiento quirúrgico en el que se colocan implantes dentales en el hueso de la mandíbula o el maxilar para reemplazar dientes que se han perdido o extraído. Estos implantes son estructuras de titanio que funcionan como raíces artificiales y se integran con el hueso de la mandíbula a lo largo del tiempo. Una vez que los implantes dentales están firmemente unidos al hueso (un proceso llamado osteointegración), se pueden utilizar para sujetar dientes artificiales, como coronas, puentes o dentaduras, restaurando así la función masticatoria y la apariencia estética de la boca.

El proceso de una cirugía de implantes generalmente incluye los siguientes pasos:

- Evaluación inicial: El odontólogo evalúa la salud bucal del paciente y realiza estudios de imágenes, como radiografías o tomografías computarizadas, para determinar si el paciente es un candidato adecuado para la cirugía de implantes. Se

consideran factores como la cantidad y calidad del hueso disponible y la salud oral general del paciente.

- Planificación del tratamiento: Se crea un plan de tratamiento personalizado que incluye la ubicación precisa de los implantes, el tipo de implantes que se utilizarán y el diseño de la prótesis dental que se colocará sobre los implantes.
- Cirugía de implantes: En la cirugía propiamente dicha, se realiza una incisión en las encías para exponer el hueso subyacente. Luego, se perfora el hueso para crear un espacio donde se colocarán los implantes. Los implantes se insertan cuidadosamente en estos espacios y se suturan las encías.
- Período de cicatrización: Se permite un período de cicatrización para que los implantes se integren con el hueso (osteointegración). Este proceso puede llevar varios meses, durante los cuales se coloca una prótesis temporal o se puede usar una dentadura removible.

2 Objetivos

- Indicar las recomendaciones proporcionadas por el odontólogo para asegurar una recuperación exitosa y la integración adecuada de los implantes en el hueso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 cirugía de implantes dentales es un procedimiento común y efectivo para reemplazar dientes perdidos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El éxito de la cirugía depende en gran medida de la selección adecuada de candidatos, una planificación precisa y un cuidado postoperatorio adecuado. La mayoría de las personas experimenta una mejora significativa en su capacidad para masticar y sonreír con confianza después de recibir implantes dentales.

Después de una cirugía de implantes dentales, es fundamental seguir las recomendaciones proporcionadas por el odontólogo para asegurar una recuperación exitosa y la integración adecuada de los implantes en el hueso. Estas recomendaciones pueden variar según la complejidad de la cirugía y las necesidades específicas del paciente, pero aquí se presentan algunas recomendaciones generales que suelen aplicarse:

Cuidado de la zona quirúrgica:

- Evite tocar la zona quirúrgica con los dedos o la lengua.
- Mantenga la zona quirúrgica limpia siguiendo las instrucciones del odontólogo.
- Evite enjuagues vigorosos o cepillado cerca de la zona quirúrgica durante los primeros días.

Control del sangrado:

- Es normal experimentar un ligero sangrado durante las primeras horas después de la cirugía. Se puede controlar aplicando presión suave con una gasa estéril sobre la zona sangrante.

Medicamentos y analgésicos:

- Tome los medicamentos recetados por el odontólogo según las indicaciones para controlar el dolor y prevenir infecciones.

Higiene oral:

- Mantenga una buena higiene oral. El odontólogo puede proporcionar instrucciones específicas sobre cómo cepillarse y usar enjuagues bucales durante el período de recuperación.

Alimentación:

- Evite alimentos duros o pegajosos durante los primeros días después de la cirugía.
- Opte por una dieta suave y fría o tibia.
- Evite morder o masticar directamente sobre el área quirúrgica.

Hinchazón:

- Es común experimentar hinchazón después de la cirugía. Aplique compresas frías durante 20 minutos a intervalos para reducir la hinchazón en las primeras 48 horas.

Actividad física:

- Evite el ejercicio físico vigoroso durante los primeros días para minimizar el riesgo de sangrado y complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que los implantes están firmemente integrados en el hueso, se realiza una segunda cirugía menor para exponer las cabezas de los implantes. Se colocan pilares o abutments en los implantes, que servirán como conectores para las prótesis dentales. Luego, se toman impresiones para diseñar y fabricar las prótesis finales.

Es fundamental seguir todas las recomendaciones del odontólogo de manera diligente para garantizar una recuperación exitosa y prevenir complicaciones. Cada paciente es único, por lo que las indicaciones específicas pueden variar según la situación individual. El odontólogo proporcionará instrucciones personalizadas y estará disponible para responder cualquier pregunta o inquietud que pueda surgir durante el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/dental-implant-surgery/about/pac-20384622>

Capítulo 604

FUNCIÓN DEL ODONTÓLOGO DENTRO DE LA CONSULTA DENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

La odontología en atención primaria se refiere a la prestación de servicios de atención dental básica y preventiva en el nivel primario de atención médica. Este enfoque busca brindar cuidado dental accesible y de calidad a las personas como parte integral de su atención médica general. La odontología en atención primaria desempeña un papel esencial en la prevención y el tratamiento de enfermedades dentales comunes y contribuye a mejorar la salud bucal y general de la población. Es una parte importante de la atención médica integral y se enfoca en brindar servicios accesibles y de alta calidad a las personas en su comunidad. El odontólogo mantiene registros precisos de la historia clínica de cada paciente, incluyendo diagnósticos, tratamientos realizados, radiografías, medicamentos recetados y recomendaciones. Asegura que la clínica dental cumpla con las normas de control de infecciones y esterilización para mantener un entorno seguro para el paciente y el personal. El odontólogo está preparado para manejar emergencias dentales que puedan surgir durante las consultas, como traumatismos dentales, infecciones agudas o dolor severo. Trabaja en estrecha colaboración con otros

profesionales de atención primaria y médicos de atención general para abordar problemas de salud que puedan tener un impacto en la salud bucal, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel crucial dentro de la consulta dental de atención primaria del odontólogo, donde se brindan servicios de atención dental básica y preventiva 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El odontólogo desempeña un papel crucial dentro de la consulta dental de atención primaria, donde se brindan servicios de atención dental básica y preventiva a los pacientes. Aquí se describen algunas de las funciones y responsabilidades del odontólogo en este entorno:

- Evaluación y diagnóstico: El odontólogo realiza evaluaciones exhaustivas de la salud bucal de los pacientes, que pueden incluir la identificación de problemas dentales, enfermedades de las encías, caries, lesiones orales y otras afecciones. El diagnóstico preciso es esencial para determinar el plan de tratamiento adecuado.
- Planificación del tratamiento: Una vez que se ha realizado un diagnóstico, el odontólogo planifica y recomienda un plan de tratamiento personalizado para cada paciente. Esto puede incluir procedimientos de restauración, extracciones dentales, limpiezas, selladores dentales, tratamientos periodontales y otros tratamientos necesarios.
- Realización de procedimientos: El odontólogo lleva a cabo procedimientos dentales, como empastes, endodoncias, extracciones, limpiezas dentales y otros

tratamientos necesarios para mantener o restaurar la salud bucal de los pacientes.

- **Prevención:** La atención primaria dental se centra en la prevención de enfermedades orales. El odontólogo brinda orientación sobre la higiene oral adecuada, el uso de hilo dental, la importancia de una dieta saludable y la aplicación de selladores dentales para prevenir caries.
- **Educación del paciente:** El odontólogo educa a los pacientes sobre cómo cuidar su salud bucal, incluyendo la importancia de las visitas regulares al dentista, la detección temprana de problemas y la promoción de hábitos saludables.
- **Referencias y coordinación de cuidados:** Si un paciente necesita atención dental especializada, el odontólogo puede referirlo a un especialista dental, como un periodoncista, ortodoncista o cirujano oral, y coordinar la atención con otros profesionales de la salud.
- **Manejo del dolor y la ansiedad:** El odontólogo es responsable de administrar el alivio del dolor y la ansiedad a los pacientes cuando sea necesario, ya sea a través de técnicas de anestesia local o sedación consciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la función del odontólogo dentro de la consulta dental de atención primaria es esencial para proporcionar atención dental básica, preventiva y de diagnóstico temprano a los pacientes. Su labor se centra en la prevención de enfermedades dentales, la detección temprana de problemas orales y la prestación de tratamientos dentales básicos. Además, educan a los pacientes sobre prácticas de higiene oral adecuadas y la importancia de la atención dental regular.

Los odontólogos en atención primaria también desempeñan un papel importante en la coordinación de la atención, derivando a los pacientes a especialistas cuando sea necesario y colaborando con otros profesionales de la salud para abordar problemas sistémicos relacionados con la salud bucal.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 605

RECOMENDACIONES TRAS UNA EXTRACCIÓN DENTAL POR PARTE DEL ODONTÓLOGO

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

Una extracción dental, también conocida como exodoncia, es un procedimiento dental en el que se retira un diente de la boca de un paciente de forma deliberada. Esta cirugía es realizada por un dentista u odontólogo, y puede llevarse a cabo por varias razones, incluyendo:

- Dientes dañados o fracturados: Cuando un diente está dañado o fracturado de manera irreparable debido a caries extensa, traumatismo o desgaste excesivo, puede ser necesario extraerlo para prevenir infecciones o molestias adicionales.
- Dientes impactados: Algunos dientes, como los terceros molares o muelas del juicio, a menudo no pueden emerger completamente en la boca debido a la falta de espacio o una posición incorrecta. Estos dientes impactados pueden causar dolor, infecciones o problemas con la alineación dental, lo que puede requerir su extracción.
- Preparación para ortodoncia: En algunos casos, puede ser necesario extraer

dientes para crear espacio y permitir el movimiento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia, como con frenos.

- Infecciones dentales: Las infecciones graves en la raíz de un diente (abscesos dentales) pueden requerir la extracción del diente afectado para evitar que la infección se propague.
- Muelas del juicio problemáticas: Las muelas del juicio, que generalmente aparecen en la adolescencia o la edad adulta temprana, a menudo deben ser extraídas debido a su tendencia a causar dolor, infecciones o desplazamientos de otros dientes.

2 Objetivos

- Explicar las recomendaciones por parte del odontólogo para asegurar una recuperación exitosa adecuada y evitar complicaciones futuras tras una extracción dental.

3 Metodología

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

Después de una extracción dental, es importante seguir las recomendaciones de tu odontólogo para asegurar una recuperación adecuada y evitar complicaciones. Aquí hay algunas recomendaciones típicas que tu odontólogo puede proporcionarte:

- Presiona la gasa: Después de la extracción, el odontólogo colocará una gasa en el área de la extracción. Deberá morder suavemente la gasa durante 30-45 minutos para ayudar a controlar el sangrado. Si el sangrado persiste después de este tiempo, puede reemplazar la gasa por una nueva.

- Descanso: Evitar realizar actividades físicas vigorosas durante las primeras 24 horas después de la extracción para minimizar el riesgo de sangrado y complicaciones.
- No enjuagar ni escupir vigorosamente: Durante las primeras 24 horas, evitar enjuagarte la boca vigorosamente, escupir con fuerza o usar pajillas, ya que esto puede aumentar el riesgo de sangrado.
- Evitar alimentos y bebidas calientes: Evitar consumir alimentos y bebidas calientes durante el período de cicatrización para prevenir irritaciones.
- Dieta blanda: Optar por una dieta suave y fría o tibia durante los primeros días después de la extracción. Evita alimentos duros, crujientes o pegajosos.
- Medicamentos: Toma los medicamentos recetados por el odontólogo según las indicaciones para controlar el dolor y prevenir infecciones. Si se receta un antibiótico, asegúrate de completar todo el curso de tratamiento, incluso si te sientes mejor antes.
- Higiene oral: Continúa con tu rutina de higiene oral, pero evita cepillar la zona de la extracción durante los primeros días. Puedes enjuagarte suavemente con una solución salina tibia después de las comidas.
- Hinchazón y compresas frías: Si experimentas hinchazón en la cara, puedes aplicar compresas frías en intervalos de 20 minutos durante las primeras 24 horas para reducirla.
- Evita el tabaco y el alcohol: Abstente de fumar y consumir alcohol durante al menos 48 horas después de la extracción, ya que pueden retrasar la cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las recomendaciones después de una extracción dental por parte del odontólogo son esenciales para una recuperación exitosa y para evitar complicaciones. Estas recomendaciones suelen incluir presionar la gasa para controlar el sangrado, descansar y evitar actividades vigorosas, mantener una dieta blanda y evitar alimentos y bebidas calientes, tomar los medicamentos según lo recetado, seguir una adecuada higiene oral sin cepillar la zona de la extracción durante los primeros días, aplicar compresas frías para reducir la hinchazón, abstenerse de fumar y beber alcohol, y programar y asistir a las citas de seguimiento. Es

importante seguir estas recomendaciones con diligencia y comunicarse con el odontólogo si se experimenta cualquier síntoma inusual o preocupante.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007630.htm>

Capítulo 606

TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO

RAQUEL SALVADOR MOYA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

1 Introducción

El servicio de paritorio hospitalario es una unidad especializada dentro de un hospital que se dedica al cuidado y atención de las mujeres durante el proceso de parto y el nacimiento de sus bebés. Este servicio desempeña un papel crucial en la atención médica materna e infantil, brindando un entorno seguro y experto para el parto. Aquí hay una definición más detallada:

El servicio de paritorio hospitalario es un departamento médico diseñado específicamente para atender a mujeres embarazadas en el momento del parto y el nacimiento. Su objetivo principal es proporcionar un entorno seguro y controlado donde las mujeres puedan dar a luz a sus bebés bajo la supervisión de personal médico y de enfermería altamente capacitado.

Las instalaciones del servicio de paritorio están equipadas con tecnología médica avanzada para monitorear tanto a la madre como al feto durante todo el proceso

de parto. Esto incluye monitores cardíacos fetales, equipos de resucitación neonatal y quirófanos cercanos en caso de que surja alguna complicación que requiera intervención quirúrgica, como una cesárea.

El personal del servicio de paritorio incluye obstetras, matronas y enfermeras especializadas en obstetricia y neonatología, todos ellos capacitados para brindar atención médica especializada a las mujeres durante el parto y a los recién nacidos. También se enfocan en proporcionar apoyo emocional a las madres y sus familias durante este momento trascendental.

El servicio de paritorio hospitalario es un componente esencial de la atención médica perinatal que se centra en brindar atención segura y experta a las mujeres embarazadas y asegurar un comienzo saludable en la vida de los recién nacidos.

2 Objetivos

Exponer cuáles son las funciones del celador en el servicio de paritorio.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El trabajo del celador en el servicio de paritorio hospitalario es de gran importancia, ya que contribuye al funcionamiento efectivo de esta unidad especializada en el cuidado de mujeres embarazadas durante el proceso de parto y el nacimiento de sus bebés. Aunque no realiza funciones médicas directas, su papel es esencial para garantizar que todo funcione sin problemas y que las pacientes reciban la atención necesaria. A continuación, se detallan algunas de las responsabilidades del celador en este entorno:

Transporte de pacientes: El celador se encarga de trasladar a las pacientes en camillas o sillas de ruedas desde otras áreas del hospital hasta el paritorio y vicev-

ersa. Esto requiere habilidad y cuidado para garantizar la seguridad y comodidad de las pacientes.

Apoyo en la preparación de quirófanos: En caso de que una paciente requiera una cesárea u otra intervención quirúrgica, el celador colabora en la preparación del quirófano, asegurándose de que todo esté listo para el procedimiento.

Suministro de material y equipo: El celador debe asegurarse de que el paritorio esté abastecido con el material y el equipo necesarios para atender a las pacientes y a los recién nacidos. Esto puede incluir sábanas, toallas, pañales y otros suministros esenciales.

Limpieza y desinfección: Mantener el área de trabajo limpia y desinfectada es fundamental en el servicio de paritorio. El celador colabora en la limpieza de las camas, las áreas de descanso y los equipos después de su uso.

Apoyo logístico: Los celadores a menudo actúan como enlace entre el personal médico y las pacientes, ayudando a coordinar el flujo de trabajo y asegurándose de que las pacientes reciban la asistencia que necesitan en todo momento.

Apoyo emocional: Durante el proceso de parto, las pacientes pueden experimentar una amplia gama de emociones y ansiedades. El celador puede brindar apoyo emocional tranquilizando a las pacientes, ofreciendo palabras de aliento y asegurándoles que están en buenas manos.

Asistencia en la movilización de pacientes: Después del parto, el celador puede ayudar a las pacientes a moverse, ya que pueden estar débiles o requerir cuidados especiales.

El trabajo del celador en el servicio de paritorio hospitalario es multifacético y esencial para garantizar que las pacientes y los recién nacidos reciban la atención necesaria en un entorno seguro y ordenado. Su apoyo logístico, habilidades de comunicación y disposición para ayudar son fundamentales para el funcionamiento efectivo de esta unidad de atención médica especializada.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento del servicio de paritorio hospitalario, es esencial que el celador desempeñe su papel de manera eficiente y compasiva. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, la comunicación es fundamental. Mantener una comunicación clara y efectiva con el personal médico y de enfermería, así como con las pacientes. Asegurarse de entender las necesidades de cada paciente y estar atento a cualquier señal de emergencia.

En segundo lugar, la empatía es esencial. Las pacientes que dan a luz pueden estar experimentando una amplia gama de emociones y ansiedades. Ofrecer un apoyo emocional comprensivo, tranquilizar sus preocupaciones y brindar palabras de aliento cuando sea necesario.

Además, la organización y la atención al detalle son cruciales. Mantener el área de trabajo limpia y ordenada, y asegurarse de que todos los suministros estén disponibles y en buen estado. Facilitar la movilización de pacientes con cuidado y seguridad.

Por último, recordar que su papel es esencial para el bienestar de las pacientes y sus bebés. Su actitud positiva y disposición para ayudar contribuyen significativamente a crear un entorno de atención seguro y acogedor en el servicio de paritorio.

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 607

TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE TOCOLOGÍA HOSPITALARIO

RAQUEL SALVADOR MOYA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

1 Introducción

El servicio de tocología hospitalario es una parte integral de un hospital o centro médico que se especializa en la atención obstétrica, el embarazo, el parto y el postparto. Este servicio está diseñado para brindar atención médica especializada a mujeres embarazadas antes, durante y después del parto. Aquí se ofrece una definición más detallada:

El servicio de tocología hospitalario se centra en proporcionar atención médica de alta calidad a las mujeres embarazadas y sus bebés. Esto implica una serie de componentes esenciales, que incluyen:

Atención prenatal: Antes del parto, las mujeres embarazadas reciben atención médica regular para monitorear su salud y el desarrollo del feto. Esto incluye

exámenes físicos, pruebas de laboratorio y ultrasonidos para garantizar un embarazo saludable.

Asistencia en el parto: Durante el parto, el personal médico, que puede incluir obstetras, enfermeras parteras y otros profesionales de la salud, brinda apoyo y atención especializada a las mujeres para garantizar un parto seguro y saludable.

Cuidado postparto: Después del parto, el servicio de tocología se encarga de la atención de la madre y el recién nacido. Esto incluye el seguimiento de la recuperación de la madre y el cuidado del bebé, como la alimentación y las pruebas neonatales.

Tratamiento de complicaciones: En caso de complicaciones durante el embarazo, el parto o el postparto, el servicio de tocología está equipado para brindar atención médica especializada y resolver problemas de manera eficiente.

Educación y apoyo: El servicio de tocología proporciona información y educación a las futuras madres sobre el embarazo, el parto y la maternidad. También brinda apoyo emocional y psicológico a las pacientes y sus familias.

El servicio de tocología hospitalario es fundamental para garantizar el bienestar de las mujeres embarazadas y sus bebés, brindando atención médica experta y apoyo a lo largo de todo el proceso de embarazo y parto.

2 Objetivos

La figura del celador tiene el objetivo primordial con este capítulo, el de mostrar a los compañeros su cometido en el área de especializada.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El trabajo del celador en la planta de tocología hospitalaria es crucial para garantizar un entorno seguro y eficiente para las mujeres embarazadas, los recién nacidos y el personal médico. Los celadores desempeñan un papel fundamental

en esta área y llevan a cabo diversas responsabilidades para contribuir al funcionamiento efectivo de la planta de tocología. Aquí se describen algunas de las funciones más importantes:

Asistencia en el transporte: Los celadores son responsables de transportar a las pacientes embarazadas a las áreas necesarias, como las salas de parto o las salas de operaciones si es necesario. Garantizan que las pacientes se desplacen de manera segura y cómoda en camillas o sillas de ruedas.

Mantenimiento de la limpieza: Mantener la higiene en las áreas de tocología es esencial para prevenir infecciones. Los celadores se encargan de mantener limpias las salas y las camas después de cada uso, asegurando un entorno estéril.

Asistencia en procedimientos médicos: Los celadores pueden ser requeridos durante procedimientos médicos, como el parto por cesárea, para ayudar al personal médico en la preparación y el transporte de equipos médicos, garantizando que todo esté listo y en su lugar.

Apoyo a las pacientes: Los celadores a menudo brindan apoyo emocional a las pacientes, especialmente durante momentos de estrés o preocupación. Escuchan sus necesidades, ofrecen consuelo y las asisten en lo que sea necesario.

Transporte de muestras y documentos: Los celadores pueden ser responsables de transportar muestras de laboratorio, documentos médicos y resultados de exámenes entre las áreas de tocología y otros departamentos del hospital, asegurando una comunicación eficiente.

Colaboración con el equipo de salud: Trabajan en estrecha colaboración con enfermeras, médicos, parteras y otros profesionales de la salud para garantizar un cuidado coordinado y efectivo para las pacientes y los recién nacidos.

Mantenimiento de suministros: Verifican y reabastecen los suministros médicos y los equipos necesarios en las áreas de tocología para garantizar que estén disponibles cuando se necesiten.

Seguridad: Los celadores son responsables de garantizar la seguridad de las pacientes y los recién nacidos en todo momento. Esto puede incluir ayudar en la evacuación en caso de emergencia o proporcionar instrucciones a visitantes.

El trabajo del celador en la planta de tocología es esencial para el funcionamiento adecuado de esta área hospitalaria. Su capacidad para proporcionar asistencia, mantener la limpieza, colaborar con el equipo médico y brindar apoyo a las pacientes contribuye significativamente a la atención de calidad y al bienestar de las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la planta de tocología hospitalaria, los celadores desempeñan un papel vital. Aquí tienes algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, es esencial que los celadores mantengan una comunicación fluida y efectiva con el personal médico y de enfermería. Esto asegura una coordinación adecuada en la atención a las pacientes embarazadas y facilita la respuesta rápida en situaciones de emergencia.

En segundo lugar, la higiene y la esterilización son fundamentales en esta área. Los celadores deben seguir estrictamente los protocolos de limpieza y desinfección para prevenir infecciones y mantener un ambiente seguro.

Además, la empatía y el apoyo a las pacientes son esenciales. Brindar un trato respetuoso y compasivo durante momentos de alegría y preocupación crea un ambiente más acogedor y confortable.

Por último, la formación continua es clave. Los celadores deben mantenerse actualizados en cuanto a las mejores prácticas y protocolos hospitalarios para desempeñar sus funciones de manera efectiva y segura.

Una buena comunicación, higiene rigurosa, empatía y formación constante son elementos esenciales para garantizar el buen funcionamiento de la planta de tocología y proporcionar la mejor atención posible a las pacientes y sus bebés.

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 608

TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITARIA

RAQUEL SALVADOR MOYA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

1 Introducción

Una planta de pediatría hospitalaria es una unidad especializada dentro de un hospital diseñada exclusivamente para atender a pacientes pediátricos, es decir, bebés, niños y adolescentes. Su objetivo principal es proporcionar atención médica, diagnóstico, tratamiento y cuidados específicos para esta población, considerando sus necesidades médicas, emocionales y psicológicas únicas.

En una planta de pediatría, se encuentran habitaciones y áreas especialmente adaptadas para los niños, con una decoración amigable y colorida que reduce la ansiedad y el miedo. El personal médico y de enfermería que trabaja en esta unidad está altamente capacitado en pediatría y se especializa en el cuidado de los jóvenes pacientes.

En estas plantas, se atienden una amplia variedad de condiciones médicas que afectan a los niños, desde enfermedades comunes como infecciones respiratorias o gastrointestinales hasta casos más graves que requieren cirugía o tratamientos

prolongados. También se brinda atención preventiva, como inmunizaciones y seguimiento del crecimiento y desarrollo.

La pediatría hospitalaria se basa en un enfoque integral que no solo aborda la salud física, sino también el bienestar emocional de los niños y sus familias. Por lo tanto, se promueve un ambiente de apoyo que ayuda a los pacientes jóvenes a enfrentar sus desafíos de salud de la manera más positiva posible.

En resumen, una planta de pediatría hospitalaria es un entorno especializado dentro de un hospital destinado a proporcionar atención médica de alta calidad a los niños, con un enfoque en su bienestar general y un equipo de profesionales altamente capacitados en pediatría.

2 Objetivos

La figura del celador tiene el objetivo primordial con este capítulo, el de mostrar a los compañeros su cometido en el área de especializada.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El trabajo del celador en el servicio de pediatría hospitalaria es fundamental para garantizar el bienestar y la atención adecuada de los pacientes pediátricos y sus familias. Los celadores son un eslabón crucial en el equipo de salud y desempeñan diversas funciones en este entorno especializado.

Apoyo en el traslado y movilidad de pacientes: Los celadores ayudan en el traslado de los niños desde las habitaciones hasta las salas de procedimientos o diagnóstico. También asisten a los pacientes en sillas de ruedas o camillas, asegurándose de que estén cómodos y seguros durante el proceso.

Mantenimiento del orden y la limpieza: Mantener la higiene y la limpieza es esencial en un entorno de pediatría. Los celadores colaboran en la limpieza de

las áreas de juego, habitaciones y salas de espera, creando un ambiente seguro y libre de riesgos para los niños y sus familias.

Colaboración en procedimientos médicos: En ocasiones, se requiere la asistencia de celadores en procedimientos médicos o quirúrgicos. Su presencia es tranquilizadora para los pacientes pediátricos y puede ayudar en la preparación y el apoyo logístico.

Atención a las necesidades emocionales: Los celadores son a menudo la primera cara amigable que los niños y sus familias ven al ingresar al hospital. Su actitud cálida y comprensiva puede marcar una gran diferencia en la comodidad emocional de los pacientes pediátricos y sus seres queridos.

Apoyo logístico: Los celadores pueden ayudar en la entrega de resultados de exámenes, la distribución de comidas y la organización de visitas de familiares. Esto garantiza que los pacientes y sus familias tengan una experiencia más fluida y menos estresante durante su estancia en el hospital.

Mantenimiento de suministros: Los celadores colaboran en la reposición de suministros médicos y material necesario en las habitaciones y áreas de atención. Esto asegura que los profesionales médicos tengan acceso a lo que necesitan para brindar atención de calidad.

Comunicación y colaboración: Los celadores actúan como enlaces entre los pacientes, sus familias y el personal médico. Deben comunicar cualquier necesidad o preocupación de los pacientes y asegurarse de que estas se aborden de manera efectiva.

El trabajo del celador en el servicio de pediatría hospitalaria es esencial para garantizar la atención de calidad y el bienestar de los pacientes pediátricos y sus familias. Su labor abarca desde la movilidad y el apoyo emocional hasta la logística y la colaboración con el equipo médico, contribuyendo al funcionamiento eficiente de la unidad y al alivio del estrés que puede experimentar una familia con un niño enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del servicio de pediatría hospitalaria, es crucial que el celador se enfoque en el bienestar y la comodidad de los pacientes pediátricos y sus familias. Aquí tienes algunas recomendaciones:

En primer lugar, la empatía y la paciencia son fundamentales. Tratar a los niños con amabilidad, comprensión y ternura puede reducir su ansiedad y crear un ambiente más acogedor. Además, mantener una comunicación efectiva con el

equipo médico y las familias es esencial. Estar dispuesto a escuchar sus preocupaciones y necesidades puede mejorar la calidad de la atención.

En segundo lugar, la higiene y la limpieza son de suma importancia en áreas pediátricas. Mantener las instalaciones limpias y desinfectadas reduce el riesgo de infecciones y crea un entorno seguro para los niños.

Finalmente, la colaboración y el trabajo en equipo son esenciales. Trabajar en conjunto con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud asegura una atención integral y coordinada para los pequeños pacientes. Además, estar atento a los detalles y ser proactivo en la resolución de problemas contribuye al funcionamiento eficiente del servicio.

La empatía, la higiene, la comunicación y la colaboración son elementos clave para un buen funcionamiento del servicio de pediatría hospitalaria. El celador desempeña un papel fundamental al enfocarse en el bienestar de los niños y sus familias, lo que contribuye a una experiencia positiva en el hospital.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 609

EL CELADOR EN EL ÁMBITO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR

JOSE CARLOS CANO LORENTE

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

1 Introducción

La radiología diagnóstica es una rama fundamental de la medicina moderna que se encarga de obtener imágenes del interior del cuerpo humano con el fin de diagnosticar y tratar diversas enfermedades y condiciones médicas. Estas imágenes, obtenidas mediante diversas técnicas de diagnóstico por imagen, proporcionan a los médicos información crucial para evaluar la salud de los pacientes de manera no invasiva.

En la era digital, las imágenes médicas se almacenan y manipulan en sistemas de información radiológica (RIS) y sistemas de almacenamiento y comunicación de imágenes (PACS), lo que permite un acceso rápido y seguro a las imágenes por parte de los profesionales de la salud.

El papel del celador en las pruebas de diagnóstico por imagen es fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de los departamentos radiológicos y de imagen en los entornos hospitalarios y clínicos. Los celadores

desempeñan un rol esencial en el proceso de atención médica, contribuyendo de manera significativa al cuidado y bienestar de los pacientes que requieren estudios radiológicos y de imagen.

El celador es la primera persona con la que los pacientes suelen tener contacto antes, durante y después de someterse a pruebas de diagnóstico por imagen. Su función no solo se limita a la asistencia y el acompañamiento de los pacientes, sino que también abarca tareas críticas de logística y seguridad en el entorno radiológico.

2 Objetivos

1. Conocer la finalidad de un servicio diagnóstico por imagen.
2. Diferenciar las diversas modalidades de pruebas.
3. Detallar las responsabilidades del celador en dicho servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

La finalidad principal de un servicio de diagnóstico por imagen es proporcionar a los profesionales de la salud las herramientas necesarias para obtener información visual y detallada del interior del cuerpo humano. Esta información es esencial para diagnosticar, planificar tratamientos y monitorear la evolución de diversas enfermedades y condiciones médicas.

Existen varias modalidades de pruebas de diagnóstico por imagen, cada una con sus propias aplicaciones y características. A continuación, se describen algunas de las modalidades más comunes:

- **Radiografía:** Es una de las modalidades más antiguas y conocidas de diagnóstico por imagen. Se utiliza principalmente para obtener imágenes bidimensionales de estructuras internas, como huesos y órganos. Las radiografías son útiles para

diagnosticar fracturas, infecciones pulmonares, enfermedades cardíacas y otros trastornos.

- **Tomografía Computarizada (TC o TAC):** Utiliza rayos X para crear imágenes detalladas en 3D de órganos y tejidos. Es especialmente útil para la detección de tumores, lesiones traumáticas, enfermedades pulmonares y abdominales, así como para la planificación de cirugías.
- **Resonancia Magnética (RM):** Utiliza campos magnéticos y ondas de radio en lugar de rayos X para generar imágenes detalladas de tejidos blandos, articulaciones y órganos internos. Es especialmente valiosa para el estudio del cerebro, la médula espinal, las articulaciones musculo-esqueléticas y las enfermedades neurológicas.
- **Ultrasonido:** La ecografía utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes en tiempo real de estructuras internas, como el feto durante el embarazo, el corazón, los órganos abdominales y la tiroides. Es una modalidad segura y ampliamente utilizada, especialmente en obstetricia y ginecología.
- **Angiografía:** Se utiliza para visualizar los vasos sanguíneos y evaluar la circulación sanguínea. Puede realizarse mediante rayos X (angiografía con contraste) o mediante RM o TC. Se utiliza para diagnosticar enfermedades vasculares, como estrechamiento de arterias o aneurismas.
- **Mamografía:** Es una radiografía especializada de las mamas y se utiliza para la detección temprana del cáncer de mama en mujeres asintomáticas.
- **Fluoroscopia:** Utiliza rayos X en tiempo real para visualizar el movimiento de estructuras internas, como el tracto gastrointestinal o las articulaciones en movimiento. Es útil en procedimientos como la fluoroscopia gastrointestinal y la artrografía.
- **Medicina Nuclear:** Implica la administración de una sustancia radiactiva al paciente que se acumula en ciertos tejidos o órganos. Luego, se toma una imagen de la radiación emitida, lo que permite evaluar la función de órganos como la tiroides o realizar estudios de perfusión cerebral.
- **Termografía:** Esta modalidad mide la temperatura superficial del cuerpo y se utiliza principalmente para detectar cambios en la temperatura de la piel que pueden estar asociados con inflamación o problemas circulatorios. A menudo se utiliza en medicina deportiva y en la evaluación de enfermedades de la mama.
- **Imagen por resonancia magnética funcional (fMRI):** Se utiliza para estudiar la actividad cerebral en tiempo real y se emplea en investigación y diagnóstico de trastornos neurológicos y psiquiátricos.

Cada una de estas modalidades tiene sus propias ventajas y limitaciones, y la elección de la técnica adecuada depende de la afección médica que se esté in-

vestigando y de las necesidades específicas de diagnóstico de cada paciente. Los profesionales de la salud seleccionan la modalidad de diagnóstico por imagen más apropiada para obtener la información necesaria y brindar el mejor cuidado posible al paciente.

Uno de los aspectos más importantes del trabajo del celador en el ámbito de las pruebas de diagnóstico por imagen es garantizar que los pacientes comprendan el procedimiento al que se someterán y que se sientan cómodos y seguros durante todo el proceso. Esta labor requiere habilidades de comunicación empáticas y la capacidad de tranquilizar a los pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados.

Además de su papel en la atención al paciente, los celadores también tienen la responsabilidad de preparar y mantener el equipo radiológico y de imagen. Esto implica asegurarse de que las salas estén limpias y listas para su uso, así como de que los suministros necesarios estén disponibles. También colaboran con los técnicos radiológicos y el personal médico para garantizar que se sigan los protocolos de seguridad radiológica para proteger a los pacientes y al personal de cualquier exposición innecesaria a la radiación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el diagnóstico por imagen es esencial para la medicina moderna, ya que proporciona información crucial para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. A medida que la tecnología avanza, estas técnicas continúan mejorando, permitiendo diagnósticos más precisos y tratamientos más efectivos. El campo de la radiología diagnóstica sigue desempeñando un papel central en la atención médica y el bienestar de los pacientes en todo el mundo. El celador desempeña una función esencial en el proceso de pruebas de diagnóstico por imagen al proporcionar un apoyo vital tanto a los pacientes como al personal médico y técnico. Su compromiso con la seguridad, la comodidad y la eficiencia en el departamento de radiología contribuye significativamente a la calidad de la atención médica y al éxito de los procedimientos de diagnóstico por imagen.

6 Bibliografía

1. Kocak M. Introducción a las pruebas de diagnóstico por la imagen [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2021 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es->

us/hogar/temas-especiales/pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen-habituales/introducci%C3%B3n-a-las-pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen.

2. Funciones del Celador en las distintas áreas o Servicios - Celadores.org [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.

3. Pérez V. Las técnicas de diagnóstico por imagen que debes conocer [Internet]. MEDAC. 2022 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://medac.es/blogs/sanidad/tecnicas-diagnostico-por-imagen>.

4. Pruebas de Diagnóstico por Imagen. Tipos y aplicaciones [Internet]. igaleno. 2022 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.igaleno.com/blog/pruebas-diagnostico-imagen/>.

Capítulo 610

ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA: LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE MAYORES

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR

JOSE CARLOS CANO LORENTE

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

1 Introducción

La Geriatria Hospitalaria emerge como una especialidad médica crucial en respuesta al envejecimiento de la población mundial. A medida que las personas viven más tiempo, aumenta la necesidad de atención médica especializada que aborde las particularidades de los pacientes mayores. Esta rama de la medicina se enfoca en la atención integral de los adultos mayores cuando requieren hospitalización, reconociendo que sus necesidades de atención difieren significativamente de las de los pacientes más jóvenes.

El envejecimiento conlleva una serie de cambios físicos, cognitivos y emocionales que pueden afectar la salud y el bienestar de las personas mayores. La Geriatria

Hospitalaria se centra en comprender y abordar estos aspectos específicos para brindar una atención médica óptima y personalizada.

El papel del celador en el servicio de geriatría hospitalaria es fundamental para garantizar la atención integral y de calidad que merecen los pacientes mayores. Los celadores son parte fundamental del equipo de atención médica en este entorno, desempeñando un rol multifacético que abarca desde la asistencia física hasta el apoyo emocional.

Los pacientes geriátricos a menudo enfrentan desafíos físicos y cognitivos, lo que requiere que los celadores sean altamente sensibles a sus necesidades individuales. La importancia del celador en geriatría es crucial para garantizar una atención de calidad y humanizada a los pacientes mayores que requieren cuidados médicos especializados.

2 Objetivos

- Identificar las diferentes labores que se realizan en el área de geriatría.
- Aprender las principales enfermedades que poseen los pacientes en dicho área.
- Conocer la importancia del celador en el área de geriatría describiendo sus funciones.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo para elaborar este capítulo ha sido la siguiente: se ha realizado una búsqueda exhaustiva en amplias fuentes de información especializadas en investigación online. Se han realizado búsquedas en páginas web de internet especializadas en geriatría, en revistas relacionadas con sanidad y en artículos científicos.

Palabras clave: avanzada edad, cuidados especiales, ayuda.

4 Resultados

Uno de los objetivos principales de la Geriatría Hospitalaria es prevenir o minimizar las complicaciones comunes que afectan a los pacientes mayores durante su hospitalización, como la delirium, las caídas y las infecciones nosocomiales. Los geriatras hospitalarios trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como enfermeras, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas,

para garantizar un enfoque multidisciplinario que aborde todas las necesidades del paciente.

Además, la Geriátrica Hospitalaria se preocupa por la polifarmacia, un problema común en los adultos mayores que toman múltiples medicamentos. Los geriatras evalúan cuidadosamente la lista de medicamentos de cada paciente y ajustan las terapias según sea necesario para evitar interacciones peligrosas o efectos secundarios perjudiciales.

Otro aspecto fundamental de esta especialidad es la atención centrada en el paciente y su familia. Los geriatras hospitalarios trabajan estrechamente con los pacientes y sus seres queridos para comprender sus deseos y necesidades, lo que puede incluir la planificación de cuidados a largo plazo o la toma de decisiones difíciles en situaciones críticas.

Los pacientes en geriatría pueden presentar una variedad de enfermedades y afecciones relacionadas con el envejecimiento. Algunas de las principales enfermedades y condiciones de salud que afectan a este grupo de pacientes incluyen:

- **Enfermedades cardiovasculares:** Estas incluyen enfermedades como la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca y las arritmias.
- **Enfermedades osteoarticulares:** La osteoartritis, la osteoporosis y otros trastornos músculo-esqueléticos son frecuentes en pacientes mayores. Estas condiciones pueden causar dolor, disminución de la movilidad y fragilidad.
- **Demencia:** La enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia son comunes en la población geriátrica. Estas enfermedades afectan la cognición, la memoria y la función mental, lo que puede requerir cuidados especializados y un manejo compasivo.
- **Diabetes:** La diabetes tipo 2 es más prevalente en adultos mayores y puede ser complicada de gestionar debido a la presencia de otras condiciones médicas y la necesidad de medicamentos múltiples.
- **Enfermedades respiratorias:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la neumonía y otras afecciones respiratorias pueden ser más frecuentes en pacientes mayores debido a los cambios en la función pulmonar con la edad y la exposición a factores de riesgo a lo largo de la vida.
- **Cáncer:** El riesgo de desarrollar cáncer aumenta con la edad.
- **Trastornos mentales y emocionales:** Además de la demencia, los pacientes geriátricos pueden enfrentar trastornos de ansiedad, depresión y soledad.
- **Enfermedades gastrointestinales:** Las afecciones como la enfermedad diverticular, la enfermedad del reflujo gastroesofágico y la constipación son más comunes en personas mayores.
- **Problemas de visión y audición:** La degeneración macular, la catarata y la pér-

dida de audición son comunes en la vejez y pueden afectar la calidad de vida.

- **Infecciones:** Las infecciones, como las del tracto urinario y las respiratorias, pueden ser más frecuentes en pacientes mayores debido a un sistema inmunológico debilitado.

Es importante tener en cuenta que la atención médica en geriatría se centra en abordar no solo las enfermedades individuales, sino también en evaluar y gestionar de manera integral las necesidades médicas, emocionales y sociales de los pacientes mayores. El manejo de múltiples enfermedades crónicas y el enfoque en la calidad de vida son aspectos clave de la atención geriátrica.

El celador juega un papel esencial en ayudar a los pacientes a moverse, lo que incluye asistir en la transferencia de la cama a la silla de ruedas o al baño, evitando caídas y accidentes. Su presencia y apoyo físico son cruciales para garantizar la seguridad de los pacientes en su movilización por el hospital.

Además de su contribución a la movilidad, el celador también es un vínculo importante en la comunicación entre el paciente y el personal médico. A menudo, pasan tiempo significativo con los pacientes, brindando apoyo emocional, consuelo y compañía. Esto es especialmente importante en la geriatría, ya que muchos pacientes mayores pueden experimentar sentimientos de soledad, ansiedad o depresión durante su hospitalización. El celador actúa como un confidente, lo que puede tener un impacto positivo en la recuperación y el bienestar emocional de los pacientes.

El celador en geriatría hospitalaria a menudo es el primer punto de contacto para las familias de los pacientes. Comunican información vital sobre el estado y el progreso de los pacientes, ofrecen orientación sobre los procedimientos hospitalarios y proporcionan consuelo a las familias preocupadas. Esta interacción humaniza la atención médica y crea un ambiente de confianza y empatía en el servicio de geriatría.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la Geriatría Hospitalaria se erige como un pilar esencial en la atención de la población anciana en el entorno médico. Su enfoque en la prevención, la personalización de la atención y la colaboración multidisciplinaria ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes mayores y a abordar los desafíos de salud únicos que enfrentan. A medida que la población mundial continúa envejeciendo, la Geriatría Hospitalaria seguirá siendo una disciplina crucial en la medicina moderna.

El rol del celador en el servicio de geriatría hospitalaria es esencial para propor-

cionar una atención completa y compasiva a los pacientes mayores. Su capacidad para combinar la asistencia física con el apoyo emocional y la comunicación efectiva con las familias hace que su contribución sea inestimable en la atención de aquellos que han envejecido y requieren cuidados médicos especializados.

6 Bibliografía

1. Bakerjian D. Atención hospitalaria en los ancianos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/geriatr%C3%ADa/prestaci%C3%B3n-de-la-atenci%C3%B3n-a-los-ancianos/atenci%C3%B3n-hospitalaria-en-los-ancianos>.
2. ¿Qué es la Geriátria? [Internet]. Zona Hospitalaria. 2015 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://zonahospitalaria.com/que-es-la-geriatria/>.
3. Fass LM. Las 10 principales enfermedades que sufren las personas mayores [Internet]. Fundación Atilano Sánchez Sánchez. 2020 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionfass.org/general/las-10-principales-enfermedades-que-sufren-las-personas-mayores/>.
4. Table: Enfermedades más frecuentes en los adultos mayores - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/multimedia/table/enfermedades-m%C3%A1s-frecuentes-en-los-adultos-mayores>.
5. Frieiro JLG. Funciones de un celador en 2023: la cara humana del hospital [Internet]. Campus Training. 2021 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.campustraining.es/noticias/funciones-celador/>.

Capítulo 611

PRIORIZANDO LA SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA PROFESIÓN DE CELADOR

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR

JOSE CARLOS CANO LORENTE

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

1 Introducción

La importancia de los riesgos laborales en un hospital, es un tema fundamental que concierne tanto a los trabajadores de la salud como a los pacientes, que dependen de la atención médica. Los hospitales son entornos altamente complejos y dinámicos donde se llevan a cabo una amplia variedad de actividades médicas y administrativas. Como resultado, existen numerosos riesgos laborales que deben ser identificados, evaluados y gestionados de manera efectiva para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

En primer lugar, los hospitales son lugares donde se tratan diversas enfermedades y afecciones, lo que implica la exposición constante de los trabajadores

de la salud a patógenos y sustancias biológicas. Esto incluye la posibilidad de infecciones cruzadas, exposición a enfermedades transmisibles y la necesidad de seguir protocolos de bioseguridad rigurosos. La prevención de infecciones es esencial para proteger a los trabajadores y evitar la propagación de enfermedades. Además, los hospitales albergan una amplia variedad de equipos médicos y tecnología avanzada que, si no se utilizan adecuadamente, pueden representar riesgos significativos. Los trabajadores deben estar capacitados en el uso seguro de estos equipos y estar alerta ante posibles peligros, como mal funcionamiento de dispositivos o exposición a radiación.

Otro aspecto crítico es la ergonomía en el entorno hospitalario. El personal de salud a menudo realiza tareas que requieren levantar y mover pacientes, lo que puede resultar en lesiones músculo-esqueléticas si no se siguen prácticas seguras de manejo de cargas. La fatiga y el estrés también son comunes en el personal de salud debido a las largas horas de trabajo y la presión constante, lo que puede afectar la seguridad y la calidad de la atención.

2 Objetivos

- Numerar los riesgos laborales a los que está expuesto el celador.
- Conocer las pautas y acciones necesarias para prevenir dichos riesgos.

3 Metodología

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

Palabras clave: prevención, riesgo laboral, seguridad.

4 Resultados

El trabajo de un celador en un entorno hospitalario conlleva una serie de riesgos laborales específicos que deben ser identificados y gestionados adecuadamente para garantizar la seguridad y el bienestar de los trabajadores. A continuación, se describen algunos de los riesgos laborales a los que está expuesto un celador en un hospital, junto con pautas y acciones para prevenirlos:

- Lesiones músculo-esqueléticas: los celadores a menudo deben levantar y trasladar pacientes o equipos pesados. Para prevenir lesiones, se deben seguir técnicas adecuadas de manejo de cargas, utilizar dispositivos de ayuda cuando sea necesario y recibir capacitación en ergonomía.
- Exposición a enfermedades contagiosas: los celadores pueden entrar en contacto cercano con pacientes que tienen enfermedades infecciosas. Es esencial que utilicen el equipo de protección personal (EPP) adecuado, como guantes, batas y mascarillas, siguiendo estrictamente los protocolos de higiene y desinfección.
- Riesgos químicos: los productos químicos utilizados en la limpieza y desinfección pueden ser peligrosos si no se manipulan correctamente. Los celadores deben recibir capacitación en el manejo seguro de productos químicos, utilizar EPP apropiado y seguir las instrucciones del fabricante.
- Riesgos biológicos: la exposición a sangre y otros fluidos corporales puede llevar a la transmisión de enfermedades. Se deben seguir rigurosamente los protocolos de prevención de infecciones, incluyendo la eliminación adecuada de residuos médicos y la limpieza de superficies contaminadas.
- Accidentes de tráfico: si el celador está involucrado en el transporte por carretera de pacientes, puede enfrentar riesgos en la carretera. Debe recibir capacitación en seguridad vial y conducir de manera responsable y segura.
- Violencia en el lugar de trabajo: los celadores pueden encontrarse en situaciones donde los pacientes o visitantes se vuelven agresivos. Deben saber cómo lidiar con estas situaciones, buscar ayuda cuando sea necesario y recibir formación en manejo de la agresión.
- Exposición a ruido y estrés: el entorno hospitalario puede ser ruidoso y estresante, lo que puede afectar la salud mental y auditiva de los celadores. El uso de protectores auditivos y la implementación de programas de bienestar son medidas importantes.
- Accidentes en pasillos y áreas de tráfico: los celadores a menudo se desplazan rápidamente por pasillos y áreas concurridas. Deben tener cuidado al moverse para evitar colisiones y caídas.

Para prevenir estos riesgos laborales, es esencial que los celadores reciban capacitación regular en seguridad y salud ocupacional, tengan acceso a EPP adecuado, participen en programas de evaluación de riesgos y se promueva una cultura de seguridad en el hospital. Además, deben informar cualquier incidente o preocupación sobre seguridad a sus supervisores para que se puedan tomar medidas correctivas apropiadas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los riesgos laborales en un hospital son una preocupación vital que afecta a trabajadores y pacientes por igual. La prevención y gestión efectiva de estos riesgos son fundamentales para brindar atención de calidad y garantizar la seguridad en un entorno médico que está en constante evolución. La conciencia y el compromiso con la seguridad laboral en hospitales son esenciales para mantener la integridad de la atención médica y la salud de quienes la proporcionan y reciben.

La prevención y la concienciación son clave para garantizar que los celadores puedan desempeñar su papel de manera segura y eficaz en un entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Prevención y riesgos laborales en hospitales - MAS Prevención [Internet]. MAS Prevención. 2022 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.spmas.es/blog/riesgos-laborales-en-hospitales/>.
2. Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario [Internet]. Riojasalud.es. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario>.
3. Benitez N. Seguridad y salud en hospitales [Internet]. Seguridad Laboral. 2020 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.seguridad-laboral.es/prl-por-sectores/sanitario/seguridad-y-salud-en-hospitales_20201229.html.
4. Prevención de Riesgos Laborales Celadores de Instituciones Sanitarias [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_celadores.htm.
5. Lectura 7 Prevención Riesgos Laborales Celadores. Riesgos en seguridad, higiénicos, psicosociales y organizativos [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/celad_lectura_07.pdf.

Capítulo 612

TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PARTOS

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

1 Introducción

El servicio de partos hospitalario es una unidad médica especializada en el cuidado y la atención de mujeres embarazadas durante el proceso de parto y el nacimiento de sus bebés. Su objetivo principal es proporcionar un entorno seguro y de apoyo para las madres y los recién nacidos, garantizando que este evento trascendental se lleve a cabo con la mayor seguridad y comodidad posible.

Este servicio está equipado con personal médico altamente capacitado, que incluye obstetras, enfermeras obstetras, pediatras y neonatólogos, entre otros. Juntos, trabajan para monitorear el progreso del trabajo de parto, brindar asistencia durante el parto y asegurarse de que tanto la madre como el bebé estén en óptimas condiciones de salud antes, durante y después del nacimiento.

El servicio de partos hospitalario está diseñado para manejar una amplia gama de situaciones, desde partos naturales y partos asistidos hasta cesáreas en casos de complicaciones. También se centra en la atención postparto, brindando apoyo a las madres en la recuperación y cuidado de sus recién nacidos. Además, se enfoca en la seguridad, utilizando equipos y protocolos para garantizar la salud y el bienestar de la madre y el bebé en todo momento.

El servicio de partos hospitalario desempeña un papel esencial en la atención de las mujeres embarazadas y sus bebés. Proporciona un entorno de atención médica especializado y seguro para garantizar partos saludables y exitosos, además de ofrecer apoyo integral antes, durante y después del parto.

2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo en el servicio de partos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de partos hospitalario cumple un papel crucial en la gestión de la documentación, la coordinación de servicios y la atención al paciente. Sus funciones son esenciales para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una atención de calidad en esta unidad hospitalaria tan sensible. Aquí se describen algunas de las principales responsabilidades de un auxiliar administrativo en el servicio de partos:

Registro de pacientes: El auxiliar administrativo es responsable de registrar la información básica de las pacientes que ingresan al servicio de partos. Esto incluye datos personales, antecedentes médicos y el motivo de su admisión. Mantener

registros precisos es esencial para la planificación y el seguimiento de la atención.

Programación de citas y procedimientos: Coordinar las citas para consultas prenatales, ecografías y procedimientos relacionados con el parto es una tarea importante. El auxiliar administrativo asegura que las pacientes tengan sus citas programadas adecuadamente y que se realicen las pruebas y exámenes necesarios en el momento adecuado durante el embarazo.

Gestión de historias clínicas: Mantener un sistema de registro de historias clínicas actualizado y seguro es fundamental. Los auxiliares administrativos ayudan a organizar y mantener estos documentos para que el personal médico pueda acceder a la información necesaria durante el parto y la atención posparto.

Comunicación con el personal médico: Facilitar la comunicación entre las pacientes y el personal médico es una parte importante del trabajo. Los auxiliares administrativos pueden ayudar a transmitir preguntas o preocupaciones de las pacientes al personal médico y viceversa.

Facturación y seguros: Ayudar en la facturación de los servicios médicos, así como en la verificación de seguros de las pacientes, es una tarea administrativa esencial. Esto garantiza que los servicios sean facturados de manera adecuada y que las pacientes tengan la información necesaria sobre su cobertura de seguro.

Atención al paciente: Brindar atención amable y eficiente a las pacientes es una parte integral del rol del auxiliar administrativo. Pueden ayudar a las pacientes con registros de admisión, responder preguntas generales sobre el proceso de parto y proporcionar información sobre los servicios disponibles en el hospital.

El auxiliar administrativo en el servicio de partos hospitalario juega un papel fundamental en la gestión de la documentación, la coordinación de citas y la atención al paciente. Su trabajo contribuye significativamente al funcionamiento eficiente de esta unidad hospitalaria y a la experiencia positiva de las pacientes durante el proceso de parto y atención posparto.

5 Discusión-Conclusión

Para un mejor funcionamiento en la documentación del servicio de partos hospitalario, el auxiliar administrativo puede seguir estas recomendaciones clave:

En primer lugar, la precisión y la organización son esenciales. Mantener registros y documentos cuidadosamente organizados y actualizados garantiza que la información esté fácilmente accesible para el personal médico cuando sea necesario. Evitar errores en la documentación es crucial para la seguridad de las pacientes y la calidad de la atención.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es fundamental. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que exista una comunicación fluida entre el personal médico y administrativo, así como con las pacientes. Esto implica transmitir información de manera clara y oportuna, asegurando que las preguntas y preocupaciones se aborden adecuadamente. Una comunicación efectiva contribuye a un proceso de atención más eficiente y una experiencia positiva para las pacientes y su familia.

6 Bibliografía

Placencia Reinoso, K. N. (2019). Gestión del talento humano e influencia en el desarrollo organizacional del personal administrativo del hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil-Ecuador, 2018.

Capítulo 613

LA FUNCIÓN DE LA HIGIENISTA DENTAL EN LA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRÍA

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CANDELA DÍAZ TARRAGA

1 Introducción

La odontopediatría es una rama especializada de la odontología que se centra en la atención dental de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia. También se conoce como odontología pediátrica. El objetivo principal de la odontopediatría es promover la salud bucal de los niños y ayudarles a desarrollar hábitos de higiene oral adecuados desde una edad temprana.

Algunos aspectos clave de la odontopediatría incluyen:

- **Prevención:** La prevención es un enfoque fundamental en la odontopediatría. Los odontopediatras trabajan en la prevención de caries, enfermedades de las encías y otros problemas dentales a través de exámenes regulares, limpiezas, selladores dentales y fluorización.
- **Educación:** Los odontopediatras educan a los niños y a sus padres sobre la importancia de la higiene oral, la dieta saludable y otros aspectos relacionados con

la salud bucal. Ayudan a los niños a comprender cómo cuidar sus dientes y encías de manera adecuada.

- Tratamiento dental: Los odontopediatras brindan tratamiento dental cuando es necesario. Esto puede incluir el manejo de caries, extracciones de dientes primarios (dientes de leche), restauraciones dentales y otros procedimientos para mantener la salud bucal de los niños.
- Atención especializada: Algunos niños pueden necesitar atención especializada debido a necesidades médicas o dentales especiales. Los odontopediatras están capacitados para trabajar con niños con discapacidades o condiciones médicas que afectan la boca y los dientes.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del higienista dental en garantizar que los pacientes jóvenes reciban la atención adecuada y desarrollen buenos hábitos de higiene oral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 higienista dental desempeña un papel importante en la consulta de odontopediatría al trabajar en estrecha colaboración con el odontopediatra para proporcionar atención integral a los niños y adolescentes en el ámbito de la salud bucal. Sus funciones en este entorno son fundamentales para garantizar que los pacientes jóvenes reciban la atención adecuada y desarrollen buenos hábitos de higiene oral. A continuación, se describen algunas de las funciones de la higienista dental en la consulta de odontopediatría:

- Evaluación inicial de la salud bucal: La higienista dental puede realizar una

evaluación inicial de la salud bucal de los pacientes pediátricos. Esto puede incluir la revisión de la historia médica y dental del niño, así como la identificación de cualquier problema o necesidades específicas.

- Educación en higiene oral: La higienista dental tiene un papel crucial en la educación de los niños y sus padres sobre la importancia de la higiene oral. Esto incluye enseñar a los niños cómo cepillarse y usar el hilo dental correctamente, así como brindar consejos sobre una dieta saludable y la prevención de caries.
- Limpieza dental y profilaxis: Realiza limpiezas dentales y profilaxis para eliminar la placa y el sarro de los dientes de los niños. Esto ayuda a prevenir la acumulación de bacterias y la formación de caries y enfermedades de las encías.
- Aplicación de flúor y selladores: La higienista dental puede aplicar flúor tópico en los dientes para fortalecer el esmalte y prevenir las caries. También puede colocar selladores dentales en las superficies de masticación de los dientes posteriores para reducir el riesgo de caries.
- Radiografías dentales: En algunos casos, la higienista dental puede tomar radiografías dentales (rayos X) para evaluar la salud dental y detectar problemas que no son visibles en una evaluación clínica.
- Asistencia al odontopediatra: Colabora estrechamente con el odontopediatra durante los procedimientos dentales, brindando apoyo y asistencia según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la higienista dental desempeña un papel fundamental en la consulta de odontopediatría al trabajar en conjunto con el odontopediatra para garantizar que los niños y adolescentes reciban la atención odontológica adecuada y desarrollen hábitos de higiene oral saludables desde una edad temprana. Sus funciones abarcan desde la evaluación inicial de la salud bucal hasta la educación en higiene oral, la limpieza dental, la aplicación de flúor, la toma de radiografías y la asistencia en procedimientos dentales.

Además, la higienista dental tiene un papel clave en la prevención de problemas dentales, la identificación de necesidades específicas de los pacientes jóvenes y el seguimiento de su historial dental.

6 Bibliografía

- <https://clinicadentalcoinsol.com/que-es-un-odontopediatra/>

Capítulo 614

USO DE LA FLUORACIÓN DENTAL POR PARTE DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CANDELA DÍAZ TARRAGA

1 Introducción

La fluoración dental es un proceso mediante el cual se aplica fluoruro a los dientes para fortalecer el esmalte dental y prevenir la formación de caries. El fluoruro es un mineral que se encuentra de forma natural en el agua, el suelo y algunos alimentos. Se ha demostrado que el fluoruro es efectivo para proteger los dientes contra la desmineralización causada por los ácidos producidos por las bacterias en la boca.

La fluoración dental puede llevarse a cabo de varias maneras:

- Fluoruro en el agua potable: En algunas comunidades, el fluoruro se agrega al agua potable en niveles seguros y controlados. Esto se hace para proporcionar una fuente constante de fluoruro que beneficie a toda la población.
- Fluoruro en la pasta dental: La mayoría de las pastas dentales disponibles en el

mercado contienen fluoruro como ingrediente activo. Los dentífricos fluorados se utilizan en el cepillado diario para proporcionar protección contra las caries.

- Aplicaciones tópicas en el consultorio dental: Los profesionales de la salud dental, como dentistas y higienistas dentales, pueden aplicar fluoruro tópico directamente a los dientes de un paciente en forma de geles, espumas o barnices. Esto se realiza durante las visitas dentales regulares y es especialmente beneficioso para personas con alto riesgo de caries.
- Enjuagues bucales fluorados: Algunos enjuagues bucales contienen fluoruro y se utilizan como complemento de la higiene oral diaria. Estos enjuagues pueden ayudar a fortalecer el esmalte dental y reducir el riesgo de caries.

2 Objetivos

- Explicar de los higienistas dentales en su papel clave en la aplicación segura y efectiva del fluoruro en los dientes de los niños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 uso de la fluoración dental por parte del higienista dental en la población infantil es una práctica importante para prevenir las caries y promover la salud bucal en los niños. Los higienistas dentales desempeñan un papel clave en la aplicación segura y efectiva del fluoruro en los dientes de los niños. Aquí se describen algunas de las formas en que los higienistas dentales utilizan la fluoración dental en la población infantil:

- Aplicación tópica de fluoruro: Los higienistas dentales pueden aplicar fluoruro tópico directamente en los dientes de los niños durante las visitas dentales regulares. Esto se hace mediante geles, espumas o barnices que contienen fluoruro.

La aplicación tópica de fluoruro fortalece el esmalte dental y ayuda a prevenir la formación de caries. Es especialmente beneficiosa para los niños con un alto riesgo de caries.

- Educación en higiene oral con fluoruro: Los higienistas dentales educan a los niños y a sus padres sobre la importancia de la higiene oral y el uso adecuado de productos con fluoruro, como la pasta dental fluorada. Enseñan a los niños cómo cepillarse los dientes correctamente y supervisan su técnica de cepillado.
- Selección de productos con fluoruro: Los higienistas dentales pueden recomendar productos de cuidado bucal que contengan fluoruro, como pastas dentales y enjuagues bucales fluorados, que son apropiados para la edad y las necesidades de los niños. Ayudan a elegir productos que brinden la cantidad adecuada de fluoruro para prevenir las caries.
- Asesoramiento sobre dieta y nutrición: Los higienistas dentales pueden proporcionar orientación sobre una dieta equilibrada y baja en azúcares para reducir el riesgo de caries. También pueden discutir la importancia de limitar el consumo de bebidas azucaradas y alimentos que puedan dañar los dientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el uso de la fluoración dental por parte del higienista dental en la población infantil desempeña un papel fundamental en la prevención de caries y la promoción de la salud bucal en los niños. Los higienistas dentales son profesionales de la salud dental capacitados que trabajan en estrecha colaboración con los niños y sus padres para proporcionar una atención dental integral y educación en higiene oral.

La aplicación tópica de fluoruro en los dientes de los niños, la selección de productos con fluoruro adecuados, la educación sobre una dieta saludable y baja en azúcares, y el seguimiento continuo de la salud bucal son algunas de las funciones clave que desempeñan los higienistas dentales en la promoción de la salud oral infantil.

6 Bibliografía

- <https://clinicadentalvallecas.es/blog/consejos-y-sugerencias/fluoracion-dental>

Capítulo 615

EL AUTOCLAVE COMO MEDIO DE ESTERILIZACIÓN POR PARTE DE LA HIGIENISTA DELTAL EN LA CONSULTA

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CANDELA DÍAZ TARRAGA

1 Introducción

El autoclave es un dispositivo utilizado para la esterilización de instrumentos, equipos y materiales en el ámbito médico, dental, de laboratorio y en otras industrias donde se requiere la eliminación de microorganismos patógenos, bacterias, virus, esporas y otros agentes infecciosos. La esterilización es un proceso crítico para prevenir infecciones y garantizar la seguridad en entornos donde se manipulan instrumentos y materiales que entran en contacto con el cuerpo humano o se utilizan en procedimientos médicos.

El funcionamiento del autoclave se basa en la aplicación de calor húmedo a alta presión. Los autoclaves utilizan vapor de agua saturado a una temperatura y presión específicas para lograr la esterilización efectiva.

Aquí se describen los principales componentes y procesos de un autoclave:

- Cámara de esterilización: Es el compartimento dentro del autoclave donde se colocan los objetos a esterilizar. La cámara se sella herméticamente para crear un ambiente libre de aire, lo que facilita la transmisión del calor y la humedad.
- Generador de vapor: Este componente calienta agua para producir vapor de alta presión. El vapor se introduce en la cámara de esterilización.
- Control de temperatura y presión: El autoclave tiene controles precisos para mantener la temperatura y la presión requeridas durante el ciclo de esterilización. Los parámetros de tiempo, temperatura y presión se configuran según el tipo de material a esterilizar.

2 Objetivos

- Explicar el papel que desempeña la higienista dental en el proceso de esterilización y en el mantenimiento de un ambiente de trabajo estéril y seguro.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 utilización del autoclave como medio de esterilización en la consulta dental es una práctica esencial para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones tanto para los pacientes como para el personal dental. En este contexto, la higienista dental desempeña un papel crucial en el proceso de esterilización y en el mantenimiento de un ambiente de trabajo estéril y seguro. A continuación, se describen algunas de las funciones de la higienista dental relacionadas con el uso del autoclave:

- Preparación de instrumentos y equipos: La higienista dental es responsable de preparar los instrumentos y equipos que se utilizarán durante las consultas y los

procedimientos dentales. Esto incluye la limpieza inicial de los instrumentos y su disposición en bandejas o paquetes adecuados para la esterilización.

- Ciclo de esterilización: La higienista dental carga los instrumentos y equipos en la cámara del autoclave siguiendo las pautas y protocolos específicos de esterilización. Esto implica asegurarse de que los objetos estén dispuestos de manera que el vapor de agua pueda alcanzar todas las superficies de manera efectiva.
- Configuración del autoclave: La higienista dental configura el autoclave de acuerdo con las especificaciones recomendadas para el tipo de material a esterilizar. Esto incluye ajustar la temperatura, la presión y el tiempo de exposición al vapor.
- Seguimiento del ciclo de esterilización: Durante el ciclo de esterilización, la higienista dental supervisa el proceso para asegurarse de que se cumplan los parámetros establecidos. Esto puede incluir la verificación de la temperatura y la presión, así como la confirmación de que el ciclo se ha completado con éxito.
- Almacenamiento y distribución de instrumentos esterilizados: Una vez que los instrumentos y equipos han sido esterilizados, la higienista dental los almacena de manera segura y los distribuye según sea necesario para su uso en las consultas y procedimientos dentales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el autoclave desempeña un papel fundamental en la consulta dental como medio de esterilización para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones. La higienista dental juega un papel esencial en todo el proceso de esterilización, desde la preparación de instrumentos y equipos hasta la configuración y supervisión del ciclo de esterilización. Su compromiso con la esterilización adecuada es esencial para asegurar que los procedimientos dentales se realicen en un entorno seguro y libre de infecciones.

La higienista dental no solo se encarga de la operación del autoclave, sino que también desempeña un papel educativo al informar a los pacientes sobre la importancia de la esterilización en la prevención de infecciones y al promover prácticas de higiene bucal adecuadas.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 616

EL PINCHE DE COCINA Y LOS UTENSILIOS UTILIZADOS PARA DISTRIBUIR LOS MENÚS ALIMENTARIOS POR LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

GEMA SORIA LOZANO

1 Introducción

Las cocinas de los centros sanitarios tienen una diferencia a tener en cuenta con el resto de las cocinas públicas como son comedores sociales, colegios, bares o restaurantes. Esta diferencia se centra en que en las cocinas centralizadas de un centro hospitalario se realizarán varios menús de comidas y cenas no para una futura elección del paciente, sino porque cada menú esta basado en una dieta concreta teniendo en cuenta las características físicas, diagnósticos clínicos y alergias de todos los pacientes que se encuentran ingresados en el centro hospitalario. Una vez los cocineros han elaborado con la ayuda de los pinches de cocina cada uno de estos menús, llega el momento del emplatado en las bandejas destinadas

para ello. Cada bandeja estará marcada con el nombre del paciente, su ubicación en el hospital, así como el tipo de alimentación que debe contener.

Para la distribución de las elaboraciones en los menús se colocarán los pinches de cocina a ambos lados de la cinta transportadora, la cual será supervisada por la gobernanta o el cocinero para que la comida depositada en las bandejas sea la correcta.

Cada uno de los profesionales que intervienen en la distribución de los menús en las cintas transportadoras tendrán una función concreta. Estas tareas son: colocación de cubiertos y vajilla, y servir el primer plato, segundo plato y postre.

2 Objetivos

- Dar a conocer el procedimiento desarrollado por los pinches de cocina y cocineros de la cocina central de una institución sanitaria para la distribución de los menús.
- Enumerar los utensilios utilizados por los pinches de cocina durante la distribución de los menús alimentarios desde la cocina hasta las plantas de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

La distribución de los menús se realizará en bandejas térmicas, las cuales son capaces de mantener el calor o el frío de cada alimento. Dichas bandejas irán depositadas en unos carros que pueden ser térmicos o no térmicos.

Por norma general, los desayunos y meriendas se trasladarán en carros no térmicos, mientras que las comidas y las cenas se trasladarán en carros térmicos.

Una vez los pacientes han finalizado de comer y han depositado las bandejas en los correspondientes carros, los pinches de cocina procederán a su retirada de la planta y a su traslado a la cocina central para su limpieza.

Utensilios utilizados para el traslado de las bandejas.

En las cocinas centrales de los centros hospitalarios podemos encontrar una gran variedad de carros tanto para la distribución de los turnos de comidas por las diferentes unidades de la institución hospitalaria, como para la utilización en la propia cocina para depositar los alimentos ya elaborados. Estos carros son:

- Carro de servicios con estantes.
- Carro caliente.
- Carro para bandejas isotérmicas.
- Carro baño maría.
- Carro para recipientes.
- Carro para el transporte de bandejas.

Para la distribución de las bandejas podemos encontrar:

- Carros isotérmicos.

Estos carros independientemente de que se encuentran aislados térmicamente, tienen el inconveniente de que se suelen enfriar los alimentos durante los traslados

- Carros térmicos.

Estos carros cuentan con sistemas de calentamiento de las bandejas y sensores de temperatura que indica cuando un alimento esta perdiendo temperatura. El calentamiento de las bandejas se produce por la transmisión de calor a través de inducción, convección y temo contacto.

El inconveniente de estos carros es que se deben trasladar los alimentos calientes por separado de los alimentos fríos, lo que supone el traslado de dos carros diferentes para un mismo turno de distribución.

- Carros de regeneración.

Estos carros son empleados para el traslado de los alimentos fríos, ya que van regenerando los alimentos a través de un sistema de transmisión de frio.

Son muy utilizados durante los turnos de desayunos y meriendas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El pinche de cocina y los utensilios utilizados para distribuir los menús alimentarios por los servicios hospitalarios” nos demuestra el procedimiento y los medios utilizados para distribuir las bandejas a las plantas de hospitalización.

Es importante que el pinche de cocina preste especial atención en el proceso de emplatado de las bandejas, puesto que cada bandeja estará personalizada para un paciente en concreto, la cual debe contener la dieta establecida por el medico a

cargo de dicho paciente. Si por cualquier error el pinche de cocina deposita en la bandeja una elaboración que no esta destinada para el paciente, puede provocar graves consecuencias en su estado clínico, así como en su recuperación. Lo mismo ocurre si el pinche de cocina entrega una bandeja equivocada a un paciente. Es por ello, por lo que otro pinche de cocina deberá comprobar que las bandejas se encuentren correctamente preparadas.

6 Bibliografía

- Pinche. Temario específico. Servicio murciano de salud. España. MAD. Edición 2019.
- 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 617

EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

1 Introducción

Un hospital de día oncológico es una unidad especializada en oncología dentro de un centro hospitalario que proporciona atención médica y tratamientos a pacientes con cáncer en un entorno ambulatorio. Su enfoque principal es brindar un cuidado integral y personalizado a personas diagnosticadas con cáncer, con el objetivo de controlar la enfermedad, aliviar los síntomas, minimizar los efectos secundarios de los tratamientos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En un hospital de día oncológico, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud trabaja en colaboración para evaluar y planificar el tratamiento de cada paciente. Esto puede incluir médicos oncólogos, enfermeros especializados en oncología, radioterapeutas, radiólogos, psicólogos y trabajadores sociales. Los

tratamientos que se administran en esta unidad pueden variar e incluir quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, terapias dirigidas y cuidados paliativos, entre otros.

La ventaja de un hospital de día oncológico radica en su capacidad para proporcionar tratamientos especializados de manera ambulatoria, lo que permite a los pacientes recibir atención de alta calidad mientras mantienen su rutina diaria en la medida de lo posible. Además, estos centros suelen ofrecer un ambiente de apoyo donde los pacientes pueden recibir información, orientación y apoyo emocional durante su viaje contra el cáncer.

Un hospital de día oncológico es una unidad médica ambulatoria que se dedica al tratamiento del cáncer y al apoyo de los pacientes en todas las etapas de su enfermedad. Su enfoque multidisciplinario y su capacidad para brindar atención especializada hacen que estos hospitales desempeñen un papel crucial en la atención oncológica y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que lleva a cabo el celador en el área de hospital de día oncológico.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador en un hospital de día oncológico desempeña un papel esencial en el funcionamiento eficiente de esta unidad especializada en el tratamiento del cáncer. Su labor abarca diversas responsabilidades que contribuyen al bienestar de los pacientes y al trabajo conjunto del equipo de atención médica.

- Asistencia al paciente: Los celadores reciben a los pacientes en el hospital de día

oncológico y los acompañan a sus áreas designadas. Proporcionan apoyo emocional y físico, ayudando a los pacientes a sentirse más cómodos y seguros en el entorno hospitalario. Esto es especialmente importante, ya que muchos pacientes pueden estar ansiosos o preocupados por los tratamientos y procedimientos.

- Transporte: Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes a diferentes áreas del hospital de día, como salas de tratamiento, consultas médicas o áreas de espera. Aseguran que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas y que se sientan bien atendidos durante el traslado.
- Mantenimiento del entorno: También se encargan de mantener limpias y ordenadas las áreas de espera y tratamiento. Esto incluye la limpieza de sillas, camillas y equipos médicos, así como el abastecimiento de suministros necesarios para el tratamiento de los pacientes.
- Apoyo logístico: Colaboran con el personal médico y de enfermería al transportar equipos médicos, suministros y registros de pacientes según sea necesario. Esto garantiza que los profesionales de la salud tengan acceso rápido a lo que necesitan para brindar atención eficiente.
- Confidencialidad y privacidad: Los celadores son conscientes de la importancia de mantener la confidencialidad de la información médica de los pacientes. Respetan la privacidad de los pacientes durante los traslados y se aseguran de que los registros médicos estén seguros.
- Comunicación: Actúan como enlace entre los pacientes, sus familias y el personal médico. Pueden proporcionar información general sobre los procedimientos y los horarios, lo que ayuda a reducir la ansiedad de los pacientes y sus seres queridos.

El celador en un hospital de día oncológico desempeña un papel esencial al proporcionar apoyo físico y emocional a los pacientes, asegurar un entorno limpio y ordenado, y facilitar la logística necesaria para el tratamiento. Su trabajo contribuye a la comodidad y seguridad de los pacientes y al buen funcionamiento de la unidad especializada en el tratamiento del cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen servicio en el área del hospital de día médico, el celador puede seguir algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, es esencial mantener una actitud empática y comprensiva hacia los pacientes. La empatía es fundamental para tranquilizar a los pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados por sus tratamientos. Escuchar sus inquietudes y brindar apoyo emocional puede marcar una gran diferencia en su experiencia.

Además, la comunicación efectiva es crucial. Mantener una comunicación abierta y clara con el personal médico y de enfermería, así como con los pacientes y sus familias, garantiza que todos estén informados y coordinados. Asegurarse de que los pacientes se sientan bien atendidos y comprendidos es esencial para su comodidad y confianza en el proceso de tratamiento.

En conjunto, la empatía y la comunicación efectiva son fundamentales para proporcionar un servicio de calidad en el hospital de día médico. Estas recomendaciones pueden contribuir a un ambiente más acogedor y a una experiencia más positiva para los pacientes, lo que, a su vez, mejora el funcionamiento general de esta área especializada.

6 Bibliografía

Gaibo, V. Y. P. (2020). Validación de instrumento para evaluación del rol docente de los profesionales de enfermería de consulta externa: Validation of the instrument for the evaluation of the teaching role of external consultation nursing professionals. *Más Vita*, 2(2), 42-50.

Capítulo 618

EL PINCHE DE COCINA Y LAS DIETAS HOSPITALARIAS: LA DIETA BASAL Y SU TIPOLOGÍA

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN

1 Introducción

El trabajo del pinche de cocina es esencial en la cocina hospitalaria. Una de las funciones principales de esta labor consiste en colaborar de manera coordinada con los cocineros en la elaboración de los distintos platos que se sirven desde la cocina hospitalaria. El pinche de cocina que trabaja en un hospital debe entender que, a diferencia de los establecimientos comerciales, la restauración hospitalaria se rige por reglas que priorizan las necesidades nutricionales específicas de los pacientes, situándolas por encima de criterios meramente gastronómicos, de ahí la importancia de la planificación de menús y dietas.

La cocina hospitalaria tiene como objetivo principal participar en la recuperación de la salud de los pacientes. Para lograr este objetivo, resulta fundamental proporcionar una alimentación saludable mediante la elaboración de dietas preparadas

y cocinadas con cuidado, de manera que se conserve el valor nutritivo de los alimentos al máximo. Además, estas dietas no solo deben ser saludables, sino también apetitosas, ya que una atención integral de calidad también significa que los pacientes consuman esos menús con gusto.

Las dietas hospitalarias son diseñadas meticulosamente, seleccionando los alimentos más adecuados para garantizar que los pacientes ingresados en el hospital mantengan o alcancen un adecuado estado de nutrición. Estas dietas obedecen a diferentes propósitos que pueden ser preventivos, de mantenimiento o terapéuticos, y se elaboran para adaptarse a las necesidades y a las posibles restricciones individuales que tiene cada paciente.

En el ámbito hospitalario se pueden observar principalmente dos tipos de dietas, las dietas basales y las dietas terapéuticas. La dieta basal o normal, es un régimen de alimentación nutricionalmente equilibrado, mientras que la dieta terapéutica es la que se aplica a un paciente con el objetivo de paliar o de curar la enfermedad que sufre.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de las dietas hospitalarias aplicadas a los pacientes hospitalizados en el mantenimiento o logro de un estado de nutrición adecuado.
- Exponer y describir la diferente tipología de dietas basales aplicadas a los pacientes hospitalizados.
- Resaltar la importancia del conocimiento de estas dietas por parte del pinche cocina en el desarrollo eficiente de sus funciones en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “dietas hospitalarias”, “dieta basal” o “dieta y pinche de cocina”.

4 Resultados

En el momento de ingreso del paciente en el hospital, se le aplica un cuestionario previo de información donde avisa de las enfermedades susceptibles de incidir en la clase de dieta que le puede ser suministrada, como pueden ser diabetes, alergias, hipercolesterolemia, intolerancias y otras. A partir de esta información, el equipo de dietética tratará de asignar una dieta hospitalaria que cubra sus necesidades nutricionales.

Las dietas hospitalarias forman parte del proceso de recuperación del paciente por ello si el paciente precisa de un régimen dietético restrictivo o que por su patología necesite del control de algunos nutrientes, se le aplicará alguna dieta terapéutica. Sin embargo, cuando el paciente no necesita que se le aplique ningún régimen dietético especial, se le suministrará una dieta basal o normal.

Es fundamental que la dieta basal elaborada por el equipo de dietética esté bien conformada, ya que de esta parte la elaboración de las diferentes dietas terapéuticas prescritas a los pacientes que precisan de modificaciones en algunos valores nutricionales de su alimentación. La unificación de platos o utilización de la menor cantidad posible de elaboraciones diferentes facilita el trabajo del servicio de cocina, se obtiene una mejor calidad de menús elaborados y contribuye a maximizar la eficiencia hospitalaria.

Existen diferentes tipos de dietas basales:

- Basal sin modificación de textura: Se aplica a los pacientes adultos hospitalizados sin patologías que requieran de modificaciones dietéticas. Se trata de dietas equilibradas sin restricciones en lo que se refiere a alimentos o técnicas culinarias. Debe ser energética y completa nutricionalmente completa para estos pacientes hospitalizados. Su aporte calórico suele ser de unas 2.400 Kcal.
- Basal sin sal o hiposódica: Se trata de dietas en las que se conservan la mayor parte de los platos de las dietas basales evitando el uso de la sal común al elaborarlas. También, sustituyendo los alimentos salados. Está indicada para pacientes con hipertensión arterial, patología renal o insuficiencia cardiaca congestiva entre otros.
- Basal no cerdo: Se trata de dietas con la misma aportación calórica y la misma distribución de macronutrientes que las dietas basales, pero que se aplica a los pacientes con costumbres e ideologías que no les permite el consumo de la carne de cerdo.
- Basal no carne: Posee iguales características que la dieta basal no cerdo, pero suprimiendo todas las carnes.
- Basal vegetariana estricta: Se aplica a pacientes con ideologías o costumbres

que no les permite el consumo de alimentos como carnes, pescados, huevos o leche, así como sus derivados. Para conseguir una distribución de macronutrientes correcta se utilizan alimentos vegetales de alto contenido proteico como soja, legumbres o tofu, entre otros.

- Basal rica en fibra: Se trata de dietas característicamente similares a la basal corriente, pero añadiendo un suplemento de fibra. Se aplica a pacientes con estreñimiento, diverticulosis del colon, obesidad o diabetes mellitus.
- Basal pediátrica: Dependiendo de la edad del niño: de 2 a 4 años aporta de 1.500-1750 Kcal o de 4 a 10 años aporta de 2.000 a 2.250 Kcal. Sus características son similares a la basal de adultos y puede ser empleada en pacientes niños con diabetes siempre que se solicite sin azúcares solubles.
- Homogeneizados pediátricos: Para niños de 1 a 2 años, en almuerzos y cenas, son elaborados en función del menú basal triturados que aportan alrededor de 1.000 Kcal. A veces se utilizan productos comerciales envasados.

Existen otros tipos de dietas basales como la dieta basal con modificación de textura, la basal triturada de adultos, la basal de fácil masticación, la basal de fácil masticación para pacientes pediátricos o la basal para adultos con problemas de deglución. Estas dietas suelen tener características similares a las dietas basales, pero están adaptadas a pacientes que padecen diferentes problemas de masticación o de deglución.

El pinche de cocina hospitalaria entra en contacto con las dietas hospitalarias en distintas fases de su trabajo, como la preparación, preelaboración, la elaboración o la custodia o la colocación de los menús en los carros de distribución. Una formación escasa del conocimiento de las distintas dietas hospitalarias y de su diferenciación, además de provocar la disminución de la eficiencia en la cocina hospitalaria, puede ser una importante fuente de accidentes.

5 Discusión-Conclusión

La personalización de las dietas hospitalarias dependiendo de las necesidades de cada paciente es un punto fundamental de la cocina hospitalaria. La información que proporcionan los pacientes antes de su ingreso, el diagnóstico médico efectuado, la evolución de sus condiciones de salud durante la hospitalización o sus restricciones dietéticas permitirán al equipo de dietética asignarle la dieta más adecuada. Esto es clave en la recuperación del paciente y pone de relevancia lo esencial de una buena alimentación en el ámbito hospitalario.

La importancia de la dieta basal no es solo que busca proporcionar una alimentación nutricionalmente equilibrada y apetitosa a los pacientes que no re-

quieren restricciones dietéticas especiales, sino que constituye la base de la preparación de muchas de las dietas terapéuticas hospitalarias, por ello el diseño correcto de la dieta basal es fundamental, porque ayuda a maximizar la eficiencia en la cocina hospitalaria. Y la eficiencia es imprescindible para garantizar que todos los pacientes reciban sus comidas a tiempo y se trate de una alimentación segura y de calidad.

El personal de cocina hospitalaria, entre ellos el pinche de cocina, desempeña un papel fundamental en el cuidado de la salud y en la recuperación de los pacientes hospitalizados mediante la elaboración de las dietas hospitalarias. Su labor contribuye no solo a la nutrición de los pacientes, sino también a generar bienestar durante su estancia en el hospital. Por ello, la comprensión y el conocimiento adecuado de las distintas dietas hospitalarias y de sus diferencias es vital para evitar errores y accidentes en el proceso de preparación y distribución de las comidas.

6 Bibliografía

1. Garriga García M. DIETÉTICA HOSPITALARIA Y GASTRONOMÍA SALUDABLE. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [citado el 19 de septiembre de 2023];35(4):140–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700024
2. de Enfermería Ocronos RM y. Nutrición hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/nutricion-hospitalaria/amp/>
3. Dietas M, Hospitalizado P. Quironsalud.com. [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/hospital-laluz/es/pacientes-visitantes/ficheros/2984350-Manual%20Dietas%20La%20Luz%202023.pdf>
4. Hospitalregionaldemalaga.es. [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=Rh3SA3iCa0I%3D&tabid=553>

Capítulo 619

EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE DIGESTIVO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

1 Introducción

El área de Digestivo, también conocida como Gastroenterología, es una especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de trastornos del sistema gastrointestinal. Este sistema abarca desde la boca hasta el ano e incluye el esófago, el estómago, el hígado, la vesícula biliar, el páncreas, el intestino delgado y el colon. La Gastroenterología se centra en una amplia variedad de enfermedades y condiciones, que van desde problemas comunes como la acidez estomacal y las úlceras hasta enfermedades más graves como la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa y el cáncer gastrointestinal.

Los gastroenterólogos son médicos especializados en esta área y realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos como la endoscopia y la colonoscopia

para evaluar el sistema digestivo. Además, trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como cirujanos, radiólogos y dietistas, para proporcionar una atención integral a los pacientes.

El área de Digestivo es esencial en la medicina moderna, ya que aborda afecciones que afectan la digestión, la absorción de nutrientes y la salud general del paciente. La prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de enfermedades gastrointestinales son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones graves. En resumen, el área de Digestivo desempeña un papel vital en la atención médica al abordar una amplia gama de trastornos que afectan el sistema digestivo humano.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el servicio de digestivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 celador en el área de Digestivo hospitalario es crucial para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de esta especialidad médica. Estos profesionales desempeñan una serie de responsabilidades fundamentales que contribuyen al bienestar de los pacientes y al trabajo coordinado del equipo médico:

Transporte de pacientes: Uno de los roles principales de los celadores es el traslado de pacientes desde sus habitaciones o salas de espera hasta el área de Digestivo y viceversa. Esto requiere habilidades para el manejo de camillas y sillas de ruedas, así como empatía y atención a las necesidades de comodidad y seguridad de los pacientes durante el traslado.

Colaboración en procedimientos: Los celadores pueden asistir en la preparación

de salas de procedimientos endoscópicos y otras intervenciones gastrointestinales. Esto incluye la disposición de equipos médicos, la limpieza y esterilización de instrumentos, y la asistencia al personal médico durante los procedimientos, garantizando que todo esté en orden.

Mantenimiento del entorno: Mantienen el área de Digestivo ordenada y limpia, asegurando que las salas y los equipos estén listos para su uso. Esto es esencial para prevenir infecciones y proporcionar un entorno seguro para pacientes y profesionales de la salud.

Comunicación y apoyo al paciente: Los celadores pueden actuar como enlace entre los pacientes y el personal médico, proporcionando información general sobre los procedimientos y ayudando a responder preguntas básicas. Brindan apoyo emocional a los pacientes que pueden sentir ansiedad o preocupación antes de los procedimientos, contribuyendo a su comodidad y bienestar.

Coordinación logística: Colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar una logística eficiente en el área de Digestivo. Esto implica el transporte oportuno de pacientes, la disposición de suministros necesarios y la comunicación fluida entre los diferentes miembros del equipo.

En resumen, los celadores desempeñan un papel esencial en el área de Digestivo hospitalario al asegurar la comodidad y seguridad de los pacientes, la preparación de salas y equipos, la comunicación efectiva y la coordinación logística. Su trabajo contribuye al funcionamiento eficiente de esta especialidad médica y al bienestar de los pacientes que requieren diagnóstico y tratamiento para trastornos gastrointestinales.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr un buen funcionamiento en el área de Digestivo en el hospital, como celador, es esencial enfocarse en la organización y el cuidado del paciente. En primer lugar, la coordinación eficiente es clave. Colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería para programar los procedimientos y garantizar la disponibilidad de las salas y el equipo necesario ayuda a evitar retrasos y a mantener un flujo de trabajo efectivo.

Además, la atención al paciente debe ser una prioridad constante. Los pacientes pueden experimentar ansiedad y temor antes de los procedimientos gastrointestinales. Brindar apoyo emocional, explicar claramente los procesos y mantener un

trato respetuoso y compasivo puede mejorar significativamente su experiencia y tranquilidad.

Una coordinación efectiva y una atención centrada en el paciente son fundamentales para el buen funcionamiento del área de Digestivo en el hospital. Estas prácticas aseguran una atención de calidad y una experiencia positiva para aquellos que requieren diagnóstico y tratamiento de trastornos gastrointestinales.

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). 2.Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 620

EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE GASTROSCOPIAS

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

1 Introducción

El área de gastroscopias hospitalarias es una unidad médica especializada en la realización de procedimientos endoscópicos destinados a evaluar y tratar trastornos gastrointestinales. En esta área, los pacientes son sometidos a un procedimiento conocido como gastroscopia o esofagogastroduodenoscopia (EGD), que implica la inserción de un gastroscopio, un tubo delgado y flexible con una cámara en el extremo, a través de la boca para examinar visualmente el esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado, el duodeno.

Los gastroscopias son esenciales para diagnosticar y tratar una variedad de condiciones gastrointestinales, como úlceras pépticas, inflamación, tumores, sangrado y reflujo ácido, entre otras. Además del diagnóstico, se pueden llevar a cabo pro-

cedimientos terapéuticos, como la extirpación de pólipos, la coagulación de sangrados y la obtención de biopsias para una evaluación más detallada.

En esta área, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que incluye gastroenterólogos, enfermeros especializados y celadores, trabaja en conjunto para garantizar que los procedimientos se realicen de manera segura y eficiente, y que los pacientes reciban la atención adecuada.

En resumen, el área de gastroscopias hospitalarias se dedica a realizar procedimientos endoscópicos para evaluar y tratar trastornos gastrointestinales, desempeñando un papel fundamental en el diagnóstico y cuidado de la salud de los pacientes con afecciones digestivas.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el área de gastroscopias 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 celador desempeña un papel fundamental en el área de gastroscopias hospitalarias, donde se realizan procedimientos endoscópicos para evaluar y tratar trastornos gastrointestinales. Sus responsabilidades incluyen una serie de tareas clave que contribuyen al buen funcionamiento de esta unidad especializada y al bienestar de los pacientes.

Preparación de salas: El celador se encarga de preparar las salas de gastroscopias antes de cada procedimiento. Esto implica asegurarse de que el equipo esté en condiciones óptimas, que los suministros necesarios estén disponibles y que el entorno sea seguro y estéril.

Apoyo al paciente: Brinda apoyo a los pacientes antes, durante y después de los procedimientos. Esto incluye acompañar a los pacientes a la sala de endoscopia, ayudarles a cambiar de ropa y proporcionar apoyo emocional para reducir la ansiedad y el estrés asociados con el procedimiento.

Transporte de pacientes: Es responsable de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de espera hasta la sala de gastroscopias y viceversa. Durante el traslado, garantiza que los pacientes estén cómodos y seguros.

Limpieza y desinfección: Después de cada procedimiento, el celador colabora en la limpieza y desinfección de la sala y del equipo utilizado. Esto es esencial para mantener un ambiente estéril y prevenir infecciones.

Coordinación logística: Trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que todo esté listo para el procedimiento. Esto incluye la entrega oportuna de instrumentos y suministros necesarios.

Confidencialidad y privacidad: Garantiza la confidencialidad de la información médica de los pacientes y respeta su privacidad en todo momento. Esto es esencial para mantener la ética médica y la confianza del paciente.

Comunicación efectiva: Actúa como enlace entre el personal médico, de enfermería y los pacientes, proporcionando información general sobre el procedimiento y ayudando a responder preguntas básicas.

El celador en el área de gastroscopias hospitalarias desempeña un papel esencial al garantizar la preparación adecuada de las salas, brindar apoyo a los pacientes, mantener la limpieza y la esterilización, y facilitar la coordinación logística. Su trabajo contribuye al funcionamiento eficiente de esta unidad y al bienestar de los pacientes que requieren evaluación y tratamiento gastrointestinal.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar el buen funcionamiento del área de gastroscopias en el hospital, como celador, es crucial mantener un enfoque en la eficiencia y el confort del paciente. En primer lugar, es importante priorizar la puntualidad y la coordinación. Colabore estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar que las salas estén listas y los pacientes sean trasladados a tiempo, evitando retrasos innecesarios.

Además, la empatía y la compasión hacia los pacientes son esenciales. Muchos pacientes pueden experimentar ansiedad antes de los procedimientos endoscópicos. Brindar apoyo emocional, explicar de manera clara el proceso y mantener un trato respetuoso puede aliviar sus preocupaciones y hacer que la experiencia sea menos estresante.

En conjunto, la coordinación eficiente y la atención centrada en el paciente son pilares para un área de gastroscopias exitosa. Estas prácticas contribuyen a un ambiente hospitalario más cómodo y eficiente, donde los pacientes pueden recibir el diagnóstico y tratamiento necesarios con mayor tranquilidad y confianza.

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). 2.Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 621

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA DIETOTERAPIA: TIPOLOGÍA DE LAS DIETAS TERAPÉUTICAS

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-
MIGALLÓN

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

1 Introducción

Al ingresar en el hospital hay pacientes que no precisan de ningún régimen dietético especial, ya sea porque no presentan problemas nutricionales o porque su patología no precisa controlar de manera especial los nutrientes de los alimentos que ingieren. En esos casos se aplica una dieta basal o normal. El objetivo principal de estas dietas consiste en el mantenimiento de un buen estado nutricional teniendo en cuenta los gustos del paciente.

Sin embargo, en muchas ocasiones y debido al proceso patológico que presente el paciente, hay que realizar modificaciones en su alimentación normal. A veces se le aconsejará aumentar la frecuencia del consumo de algunos alimentos, en otras ocasiones se le prescribirá la restricción de ciertos alimentos o, incluso, se le prohibirán.

La dietoterapia es la disciplina de la dietética encargada del estudio de las diferentes dietas terapéuticas. Las dietas terapéuticas son planes de alimentación proyectados y diseñados para el tratamiento de enfermedades o trastornos relacionados con la alimentación. Las dietas terapéuticas pueden ser curativas por sí mismas, complementarias a un tratamiento con medicación y, en otras ocasiones, servirá para aliviar o evitar molestias. En cualquier caso, su objetivo es procurar una curación o mejoría de las patologías del paciente. Las dietas terapéuticas se pueden prescribir de forma temporal o de forma permanente, pero su aplicación siempre debe procurar alcanzar y mantener un estado nutricional óptimo.

Las dietas terapéuticas deben ser individualizadas y estar adaptadas al paciente debiendo tenerse en cuenta al diseñarlas sus gustos, costumbres, horarios, apetito, las intolerancias físicas y psíquicas o los principios religiosos o filosóficos de cada persona. Una dieta individualizada y adaptada permitirá la mejor adhesión del paciente a la dieta.

Los pinches de cocina que trabajan en la cocina hospitalaria deben estar formados y conocer los diferentes tipos de dietas hospitalarias y, por su especial importancia para determinados pacientes, deben estar familiarizados con los distintos tipos de dietas terapéuticas.

Las dietas terapéuticas tienen que estar diseñadas y prescritas por nutricionistas o médicos ya que estos profesionales son quienes conocen las patologías presentadas por el paciente y su estado clínico mientras están hospitalizados. El pinche de cocina, y todo el personal de la cocina hospitalaria, debe prestar especial atención a las indicaciones de los profesionales sanitarios en lo referido a la preparación de las dietas, especialmente, las terapéuticas.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la dietoterapia en el mantenimiento de la salud y la recuperación de los pacientes hospitalarios, exponiendo su tipología y las dietas terapéuticas más comunes.
- Resaltar la colaboración de los pinches de cocina hospitalaria en la elaboración de las dietas terapéuticas aplicadas a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una búsqueda de artículos y una revisión bibliográfica en libros y en bases de datos como Pubmed y Scielo. También se han realizado búsquedas en Google a partir de palabras clave

como: “dietas hospitalarias” “dieta terapéutica” o “pinche de cocina hospitalaria y dietoterapia”.

4 Resultados

Existen muchos tipos de dietas terapéuticas planificadas y diseñadas para tratar distintas patologías o trastornos relacionados con la alimentación, estas dietas se adaptan a las diversas condiciones de salud y necesidades dietéticas presentadas por los pacientes.

Las dietas progresivas tratan de ajustarse las diferentes fases de la enfermedad del paciente, avanzando gradualmente hacia la ingesta normal de alimentos. Las etapas progresivas de estas dietas desde su menor a mayor normalidad son: la dieta absoluta (sin ingestión oral), dieta líquida, dieta semilíquida, dieta blanda y dieta ligera.

Las dietas con modificación de energía buscan el aumento o la disminución del aporte calórico de los alimentos al paciente. Se pueden distinguir dos tipos:

- Dietas hipercalóricas: Persiguen el aumento calórico (aproximadamente 4.000kcal/día) para aumentar peso. Indicadas en pacientes delgados o desnutridos, en muchas ocasiones, pacientes con trastornos alimentarios como la anorexia o bulimia.

- Dietas hipocalóricas: Persiguen la disminución calórica (entre 1.200 kcal/día hasta 1000kcal/día como mínimo) y se aplican fundamentalmente a pacientes obesos con necesidad de perder peso. Al aplicar estas dietas es esencial que no se produzcan déficits en la aportación de proteínas y vitaminas.

Las dietas con modificación de nutrientes se diseñan para tratar patologías o trastornos específicos mediante la modificación de la cantidad o el tipo de nutrientes a consumir por el paciente. Las más comunes son:

- Dietas pobres en hidratos de carbono o antidiabética: Limitan el consumo de carbohidratos y se aplican a enfermos con patologías relacionadas con la absorción de los alimentos en los intestinos y a pacientes diabéticos.

- Dietas pobres en colesterol o hipocolesterolemiantes: Tienen como principal objetivo el control o la disminución del colesterol o los triglicéridos y, generalmente, están indicadas para pacientes con riesgo de problemas cardiovasculares. Se recomienda que la dieta también sea hipocalórica, con pocos hidratos de carbono y está prohibido el consumo de grasas de origen animal o saturadas y las bebidas alcohólicas. Se aconseja las grasas insaturadas y poliinsaturadas y los alimentos ricos en fibra.

- Dietas pobres en grasa: Se trata de restringir el contenido graso mientras se

respetar la aportación normal de proteínas, vitaminas y minerales. Se aconseja para pacientes que presentan patologías de la vesícula biliar.

- Dietas hiperproteicas: Se trata de aumentar en la dieta una mayor aplicación de cantidad de proteínas y se indican en pacientes en estado preoperatorio y postoperatorio, desnutridos, quemados y otros. Se aconsejan alimentos como las carnes, leche, quesos, pescados o huevos.

- Dietas hipoproteicas: Se diseñan limitando o prohibiendo los alimentos ricos en proteínas como la leche, los huevos, la carne o el pescado, mientras se recomienda aumentar la aportación de frutas, verduras, legumbres o cereales. Están indicadas para pacientes con patología hepática o renal entre otras.

Existen otras dietas terapéuticas muy utilizadas de forma complementaria a las anteriores como: la dieta pobre en sodio que limita el consumo de sal; la dieta astringente, para disminuir la actividad intestinal y recomendada en casos de diarrea o después de cirugías intestinales; la dieta laxante, que favorece el tránsito intestinal y se indica en casos de estreñimiento; la dieta suave, que incluye alimentos poco irritantes y es apropiada para pacientes con gastritis y úlceras o la dieta antiulcerosa, que es una dieta basada en alimentos que no irritan la mucosa digestiva y neutralizan la acidez en el estómago.

5 Discusión-Conclusión

El personal de la cocina hospitalaria, entre ellos los pinches de cocina, desarrollan sus funciones en un entorno laboral en el que es primordial que conozcan de manera profunda las propiedades y características de los alimentos y de las dietas diseñadas y elaboradas con ellos por la importancia que tienen para los pacientes ingresados en el hospital. Las dietas que se aplican a los pacientes tienen por objetivo el mantenimiento adecuado de su salud, la consecución de su rápida recuperación, o pueden formar parte del tratamiento prescrito por los profesionales sanitarios.

Poseer conocimientos de dietoterapia, de las diferentes dietas terapéuticas que existen y su elaboración, de la codificación utilizada por el hospital para distinguirlas o de cuál es la finalidad que persiguen ayudará a los pinches de cocina a ser más eficientes y a aumentar la calidad y la seguridad en la atención a los pacientes.

Además, todo el personal de cocina hospitalaria y, también, el pinche debe entender que el desarrollo adecuado de sus funciones está vinculado a la adquisición de una buena formación en el conocimiento de los alimentos, las dietas y en sus características y propiedades y a mantenerla actualizada constantemente.

6 Bibliografía

1. de la Salud E de E en C. Dietas hospitalarias, definición y tipos fundamentales [Internet]. VIU España. 2017 [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/dietas-hospitalarias-definicion-y-tipos-fundamentales>
2. Anexo I.- Tipos de dietas [Internet]. Ulhi.net. [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://ikastaroak.ulhi.net/edu/es/APSD/AS/AS07/es_APSD_AS07_Contenidos/website_anexo_i_tipos_de_dietas.html
3. ¿Qué es la Dietoterapia y cuáles son sus dietas? [Internet]. Veigler Business School. 2020 [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://veigler.com/dietoterapia/>
4. Ocronos R. Tipos de dietas terapéuticas [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tipos-dietas-terapeuticas/>

Capítulo 622

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LA MAQUINARIA DE COCINA GENERADORA DE CALOR

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-
MIGALLÓN

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

1 Introducción

La cocina hospitalaria es un elemento fundamental que, actualmente, ha adquirido un gran reconocimiento necesario en la atención médica. Con el objetivo de brindar cuidados integrales y de máxima calidad a los pacientes, hay que hacer especial hincapié en el papel que tiene la alimentación en el mantenimiento y la recuperación de la salud de los pacientes.

La gestión de cocina centralizada hospitalaria es la forma de gestión más común y la zona de cocción en una cocina centralizada es un espacio fundamental en el que se realiza la preparación de los alimentos antes de su distribución a las diferentes unidades del hospital. Esta zona es fundamental en la realización de menús seguros, nutritivos y de calidad para los pacientes.

La zona de cocción debe estar adecuadamente distribuida para separar diferentes fases del proceso de elaboración, esto ayuda a prevenir la contaminación cruzada

y asegura la seguridad alimentaria. Pero una de las características fundamentales de la zona de cocción de la cocina hospitalaria es que esté equipada con maquinaria especializada diseñada para la elaboración de grandes cantidades de alimentos de forma eficiente y bajo los más altos estándares de seguridad. Esta maquinaria debe cumplir con las normativas de seguridad alimentaria y estar siempre en perfecto estado de funcionamiento.

El personal que trabaja en la zona de cocción, entre ellos el pinche de cocina, debe estar formado de manera específica en seguridad alimentaria, manipulación de alimentos, técnicas de cocción y debe estar familiarizado con las características y el uso de la maquinaria de esta zona de la cocina hospitalaria. Además, el pinche de cocina es el principal responsable de la limpieza y desinfección de esta maquinaria, que es crítica para el mantenimiento de los altos estándares de higiene exigidos en la cocina hospitalaria.

2 Objetivos

- Exponer las principales máquinas generadoras de calor utilizadas dentro de una cocina hospitalaria proporcionando su descripción y principales usos.
- Resaltar la importancia que tiene para el pinche de cocina hospitalaria el conocimiento de las características y el uso de las máquinas generadoras de calor de las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “maquinaria generadora de calor” o “maquinaria y pinche de cocina”.

4 Resultados

La zona de cocción o de elaboración de alimentos es una zona de la cocina en la que se elaboran los alimentos, sometiénolos a diferentes métodos culinarios y maquinarias específicas dependiendo del resultado que se desea obtener.

Durante el proceso de cocinado, los alimentos se cocinan a temperatura alta para modificarlos sin que pierdan, en la medida de lo posible, sus características organolépticas y sus propiedades nutricionales. Es fundamental que esta área esté bien equipada con la maquinaria adecuada para cada proceso de elaboración. Los equipos o máquinas generadoras de calor son las más frecuentes en la zona de elaboración y, tal vez, la maquinaria más importante usada en la cocina, las más frecuentes son:

- Fogones: es una máquina generadora de calor en su superficie, sobre la que se disponen utensilios de cocina como sartenes u ollas, para calentar, freír o cocer la comida. Pueden ser de gas, eléctricos de convección o eléctricos de inducción.
- Planchas: es una máquina generadora de calor en su superficie, pero a diferencia del fogón, proporciona calor directo a los alimentos. Su ventaja principal es que el cocinado requiere la utilización de poca grasa.
- Parrillas: al igual que las planchas permiten una rápida cocción de los alimentos proporcionándoles calor de manera directa, se diferencia de la plancha en que la plancha tiene la superficie lisa y la superficie de la parrilla es ranurada.
- Hornos de cocina: son habitáculos cerrados y con paredes aislantes, que se usan para cocinar y calentar alimentos incluso si son diferentes. Pueden ser de gas, eléctricos o microondas.
- Freidoras: son máquinas generadoras de calor que se usan para freír alimentos sumergiéndolos en gran cantidad de aceite. Generalmente se utilizan para cocinar alimentos en pequeñas cantidades.
- Marmitas: se trata de una máquina generadora de calor que tiene forma de cubo redondo o rectangular, son de tamaño grande por lo que permiten cocinar grandes cantidades de alimentos. Se utilizan para la cocción de diferentes elaboraciones culinarias como sopas, pastas, arroces, etc.
- Sartén basculante o abatible: esta maquinaria generadora de calor suele ser de menor tamaño que las marmitas y de forma rectangular. Se usan en cocciones y fritos. Su principal ventaja es que su vaciado es fácil, ya que solo es necesario inclinarla y el alimento cae por su propio peso.
- Baño María: se trata de un recipiente que contiene agua a alta temperatura que se usa para calentar otro recipiente, que es el que contiene el alimento. Sirve para elaborar alimentos, calentarlos o mantenerlos calientes.
- Salamandras: es una máquina generadora de calor, pero desde arriba. Sirven para dorar o gratinar los alimentos en poco tiempo.
- Mesa caliente: se trata de un equipo de cocina que mantiene una temperatura constante y uniforme, en el que se colocan las bandejas para conservar la comida caliente antes de que se proceda a su emplatado o servicio.

El pinche de cocina hospitalaria debe estar familiarizado con el funcionamiento de este equipamiento por su uso frecuente en la cocina. Además, el pinche de cocina es, principalmente, quien se encarga de mantener estos equipos en buen estado de limpieza para evitar que se acumulen grasas, cal, hollín o restos procedentes de los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Las máquinas generadoras de calor desempeñan un papel fundamental en la zona de cocción de las cocinas de los centros hospitalarios, esta maquinaria es utilizada en la preparación de menús de la máxima calidad para los pacientes ingresados en el hospital. La formación del personal, especialmente el pinche de cocina, y su familiaridad con las características y el funcionamiento de este equipamiento de cocina son aspectos fundamentales para maximizar la seguridad alimentaria y la calidad de las comidas proporcionadas en el hospital.

La correcta utilización de equipos como fogones, planchas, hornos y otras maquinarias por parte del personal de cocina y, específicamente, por los pinches de cocina contribuye no solo a la seguridad alimentaria, sino también a la eficiencia en la preparación de los menús, lo que es fundamental en el entorno de los centros hospitalarios. La limpieza y la higienización adecuada de esta maquinaria es responsabilidad, principalmente, del pinche de cocina, y su trabajo en este sentido contribuye directamente a la consecución de los altos estándares de higiene exigidos en la cocina hospitalaria.

Es importante reconocer y valorar el papel del pinche de cocina en la atención a los pacientes, ya que desempeña una función imprescindible en la preparación segura y eficiente de alimentos para estos, contribuyendo de esta manera a su bienestar y recuperación.

6 Bibliografía

1. de Desarrollo Profesional. DG de RH del SM de SU. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE MAQUINARIA, HERRAMIENTAS UTENSILIOS HOSPITALARIA [Internet]. Murciasalud.es. [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/153065/3949551/Pinche+TEMA+2.pdf/ceb55b9-a7f5-8545-7aea-b133db98f1fd?t=1670248837206>
2. TEMA 6: ALIMENTACIÓN: ORGANIZACIÓN DE COCINA: PREPARACIÓN, EMPLATADO Y DISTRIBUCIÓN. CONCEPTO DE MARCHA ADELANTE [Internet]. OPERARIO DE SERVICIOS C y L. 2021 [citado el 14 de septiembre

de 2023]. Disponible en: <https://oposicionesoperariodeservicioscyl.wordpress.com/2021/11/19/tema-6-alimentacion-organizacion-de-cocina-preparacion-emplatado-y-distribucion/>

3. Equipos necesarios para la cocina de un servicio de alimentación hospitalaria [Internet]. Winterhalter. [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.winterhalter.com/mx-es/blog-winterhalter/equipos-necesarios-para-la-cocina-de-un-servicio-de-alimentacion-hospitalaria/>

4. de Enfermería Ocronos RM y. Nueva maquinaria para la cocina hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/nueva-maquinaria-cocina-hospitalaria/>

Capítulo 623

REQUISITOS Y MEDIDAS DE HIGIENE PERSONAL DEL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA DEL CENTRO HOSPITALARIO.

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La higiene es un aspecto fundamental en el abordaje del trabajo que se realiza dentro de una cocina hospitalaria. Aplicar medidas rigurosas de higiene es esencial tanto para prevenir riesgos de contaminación cruzada, como para evitar la proliferación de cualquier tipo de bacterias que puedan poner en peligro las condiciones higiénico-sanitarias del hospital.

Las elaboraciones resultantes de la cocina hospitalaria tienen como destinatarios finales a los pacientes. Estos pacientes van a estar diagnosticados de distintas patologías y necesitarán del suministro de dietas especiales que aceleren su recuperación. En muchas ocasiones van a encontrar su salud muy debilitada, por lo que la exposición a cualquier virus o bacteria puede poner su vida en serio peligro.

La higiene general de la cocina en la manipulación de los alimentos y la propia higiene personal de los profesionales que desarrollan su labor en las cocinas de los centros hospitalarios son puntos cruciales en la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas con origen en los alimentos.

Todo el personal que trabaja en la cocina hospitalaria, entre estos el pinche de cocina, debe estar formado en seguridad alimentaria, manipulación de alimentos y buenas prácticas de cocina y debe seguir estrictamente las pautas aprendidas sobre la manipulación de alimentos.

Prestar especial atención a las medidas de higiene personal es de vital importancia para un pinche de cocina hospitalaria, ya que, por su contacto constante y directo con los alimentos, tiene una responsabilidad esencial en la prevención de la contaminación de alimentos y la protección de la salud de los pacientes.

Además, los centros hospitalarios están sujetos a regulaciones legales y deben cumplir altos estándares de seguridad alimentaria, el incumplimiento de la normativa puede resultar en sanciones. El mantenimiento de una buena higiene personal por parte de los pinches de cocina es imprescindible para cumplir con esta normativa.

Y, por último, los pacientes ingresados en el hospital confían en que recibirán alimentos seguros y saludables durante su estancia en el establecimiento. El mantenimiento de una higiene personal rigurosa del pinche de cocina contribuye a generar esa confianza en la calidad y seguridad de las comidas que se les suministra y el principal compromiso ético del pinche de cocina, como trabajador de un hospital, es con el paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia que tiene el mantenimiento de una higiene personal adecuada por parte del pinche de cocina en manipulación de alimentos en la cocina hospitalaria.

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, en Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y en motores de búsqueda como

Google, utilizando como palabras clave: “higiene personal y manipulación de alimentos” o “pinche de cocina e higiene personal”.

4 Resultados

La higiene personal es la primera media y la más accesible para el pinche de cocina al tratar con los alimentos, y la higiene de manos es la parte más sencilla, pero primordial. El lavado de manos debe realizarse de forma correcta y siguiendo los pasos que se detallan a continuación:

- Mojar las manos con agua caliente, aplicando el jabón posteriormente.
- Distribuir el jabón y frotar las palmas, la palma de una mano sobre el dorso de la otra con dedos entrelazados, las dos palmas entrelazando los dedos, los dedos cerrados sobre las palmas, rodeando el dedo pulgar de una mano con la palma contraria, restregando los dedos sobre las palmas,
- Cepillar las uñas con un cepillo por arriba y por debajo.
- Aclarar con abundante agua.
- Secar las manos con toallas de papel de usar y tirar.

Las manos se lavarán al empezar a trabajar, al acabar y cada vez que el pinche cambie, abandone o se reincorpore a su tarea; en la manipulación de objetos o alimentos, cuando acabe de manipular unos y deba comenzar a manipular otros; siempre que tosa o estornude; tras tocarse el pelo, la boca, la nariz, etc.; tras entrar en contacto con dinero, móvil, basuras o con alguna superficie susceptible de provocar una contaminación cruzada; y siempre que el pinche lo estime importante. Hay que llevar las uñas limpias, cortas, cuidadas y sin pintar. Durante el trabajo no se utilizarán anillos, pulseras, relojes o cualquier otro accesorio o adorno.

La ropa de trabajo se puede convertir en una importante fuente de contaminación cruzada, por ello es de vital relevancia prestar atención a su uso y estado de limpieza, evitando aquellas acciones que puedan convertir al uniforme en un instrumento de transmisión de contaminación de los alimentos. Entre otras, el pinche de cocina debe seguir las siguientes indicaciones:

- Dentro de las instalaciones se usará únicamente el uniforme de trabajo y este solo podrá ser utilizado en la zona de cocina. Es decir, en la cocina no se utilizará la ropa de calle y ni se usará el uniforme como ropa de calle.
- La ropa de trabajo presentará siempre un impecable estado de limpieza, en caso de que se ensucie deberá ser sustituido. También se cambiará en jornadas de doble turno o si se prolonga en exceso la jornada.

- La ropa de trabajo debe ser provista por el propio hospital y se evitará el uso de accesorios de adorno o tarjetas de identificación que puedan entrar en contacto con los alimentos mientras estos son manipulados.
- Si durante el turno de trabajo es necesario salir fuera de las instalaciones, se protegerá el uniforme con batas y calzas desechables que se tirarán a la basura al regresar a la cocina.
- Al finalizar el turno de trabajo, el pinche de cocina depositará el uniforme en los contenedores indicados del vestuario para que el servicio de lavandería proceda a su limpieza y desinfección. La ropa de trabajo se debe lavar a máquina, como mínimo a 60° C y no utilizar suavizante.
- El calzado debe ser provisto por el hospital y como la ropa, usado únicamente para el trabajo.
- Los delantales se cambiarán después de la realización de tareas en las zonas sucias de la cocina o cuando el pinche estime que puede ser un elemento de riesgo de contaminación cruzada.
- Cuando se manipulen alimentos destinados a pacientes con alergias, hay que utilizar protección desechable sobre la ropa de trabajo y cambiar esta protección si se sospecha que ha entrado en contacto con alérgenos.
- Cualquier persona externa al servicio de cocina deberá cubrirse con gorro, bata y calzas desechables antes de entrar a la cocina.

Otras medidas higiénicas a adoptar por el pinche de cocina a contemplar pueden ser la no reutilización de cucharas de cata; cubrirse con mascarillas al manipular directamente los alimentos o al emplatar; no consumir bebidas ni bebidas fuera del área de vestuarios, no maquillarse o usar perfumes y recordar la prohibición de fumar.

Una cuestión fundamental a tener en cuenta por el pinche de cocina es su estado de salud. Es necesario cubrir cortes o heridas con vendajes adecuados y si presenta alguna sintomatología o cualquier problema de salud, es necesario informar al superior de ello para que tome medidas con el objeto de prevenir la transmisión de enfermedades.

Finalmente, el pinche de cocina debe informar a su superior inmediato de cualquier defecto que observe en las instalaciones o en la maquinaria, herramientas y útiles que pueda ser fuente de contaminación de los alimentos y de si detecta el uso de malas prácticas dentro de la cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina desempeña su labor en un espacio que exige extremar el cumplimiento de las medidas de higiene personal, una cocina. Si, además, se trata de la cocina de un centro hospitalario, la atención a estas medidas es esencial, ya que los destinatarios son los pacientes, quienes pueden presentar en múltiples ocasiones un estado de salud delicado y un sistema inmunológico debilitado que aumenta su vulnerabilidad ante cualquier exposición a enfermedades transmitidas por los alimentos.

El pinche de cocina hospitalario debe estar formado en la manipulación de alimentos, debe conocer y poner en práctica todas las medidas de higiene que requiere ser un profesional que trabaja en contacto con los alimentos y debe empezar con aquellas medidas que implican la higiene con uno mismo, por ser las más accesibles y más sencillas de implementar. Igualmente, y en la medida de lo posible, debe que todas las personas que acceden a su área de trabajo respeten y cumplan estas medidas.

En conclusión, las medidas de higiene personal son un eje esencial para el mantenimiento de la seguridad alimentaria en la cocina de los centros hospitalarios y es prescriptivo llevarlas a cabo para cumplir con las normativas y estándares de calidad establecidos para la cocina hospitalaria. El pinche de cocina hospitalaria debe ser consciente de su responsabilidad en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud de los pacientes hospitalizados y en su compromiso ético con estos mediante la aplicación de prácticas adecuadas de higiene personal.

6 Bibliografía

1. García M, Químico R, Martínez M, Biólogo C, García A, Veterinario J. Jccm.es. [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://ics.jccm.es/uploads/media/Guias_de_Practicas_Correctoras_de_Higiene_y_Manipulacion_en_Restauracion_Colectiva_Autocontroles_sanitarios_en_Restauracion.pdf.
2. Murciasalud.es. [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/153065/3949551/Pinche+TEMA+3.pdf/1b29074d-b9a5-4e67-b4b2-8fcfbba80705?t=1670249092484>
3. De Bonis G. Manual de procedimientos para cocina - COMPLETO [Internet]. germandebonis. 2022 [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://germandebonis.com/manual-de-procedimientos-para-cocina/>
4. De Enfermería Ocronos RM y. Contaminación cruzada en una cocina hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 22 de

septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/contaminacion-cruzada-cocina-hospitalaria/>

Capítulo 624

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SUS ACTUACIONES EN EL ÁREA DE BOLSA DE TRABAJO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

ISABEL FITO SÁEZ

ROCIO COVISA PUENTE

ANTONIA ARMERO MENA

1 Introducción

Una bolsa de trabajo sanitaria es un sistema o plataforma utilizada en el ámbito de la salud y la atención médica para la gestión de empleo y la contratación de profesionales de la salud, como médicos, enfermeros, técnicos de salud, terapeutas, personal administrativo y otros trabajadores relacionados con la salud. Estas bolsas de trabajo suelen ser gestionadas por instituciones de salud, hospitales, clínicas, agencias de salud pública o entidades gubernamentales.

Las bolsas de trabajo sanitarias tienen varios propósitos y funciones, que pueden incluir:

- Registro de Candidatos: Permiten que profesionales de la salud interesados en encontrar empleo se registren en la plataforma, proporcionando información sobre su experiencia, habilidades y calificaciones.
- Ofertas de Empleo: Publican ofertas de trabajo y vacantes disponibles en instituciones de salud y organizaciones relacionadas. Estas ofertas suelen incluir detalles sobre la ubicación, los requisitos del puesto, las responsabilidades y los beneficios.
- Selección de Candidatos: Facilitan el proceso de selección y contratación de candidatos por parte de los empleadores. Los reclutadores y los departamentos de recursos humanos pueden revisar los perfiles de los candidatos registrados y comunicarse con ellos para llevar a cabo entrevistas y evaluaciones.
- Actualización de Ofertas: Mantienen actualizadas las ofertas de empleo y retiran aquellas que ya han sido llenadas o que han expirado.

2 Objetivos

- Explicar la función principal en la gestión de procesos administrativos relacionados con la contratación y el personal de salud por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en el área de bolsa de trabajo en el ámbito sanitario. Su función principal es la gestión de procesos administrativos relacionados con la contratación y el personal de salud. A continuación, se describen algunas de las actuaciones clave que los auxiliares administrativos pueden llevar a cabo en este contexto:

- Recepción de Solicitudes y Documentación: Los auxiliares administrativos suelen ser los primeros en recibir las solicitudes de empleo de profesionales de la salud interesados en trabajar en una institución sanitaria. Su labor incluye la revisión y el registro de la documentación, como currículos, certificados y licencias profesionales.
- Registro de Candidatos: Llevan un registro de los candidatos que se inscriben en la bolsa de trabajo sanitaria, asegurando que la información esté actualizada y completa. Esto facilita el acceso a la base de datos de candidatos para los responsables de la selección.
- Publicación de Ofertas de Empleo: Los auxiliares administrativos colaboran en la publicación de ofertas de empleo en la plataforma de la bolsa de trabajo. Esto implica ingresar la información de las vacantes, como ubicación, requisitos, responsabilidades y otros detalles relevantes.
- Comunicación con Candidatos: Mantienen comunicación con los candidatos para confirmar la recepción de sus solicitudes y proporcionar actualizaciones sobre el estado de sus aplicaciones. También pueden coordinar entrevistas y evaluaciones.
- Gestión de Citas y Entrevistas: Los auxiliares administrativos pueden programar citas para entrevistas y pruebas de selección, coordinando agendas tanto de candidatos como de los responsables de la contratación.
- Seguimiento de Procesos de Contratación: Mantienen un seguimiento de los procesos de contratación, asegurando que se completen los pasos necesarios y que se cumplan los plazos establecidos. Ayudan en la gestión de la documentación legal requerida para la contratación de personal sanitario, como licencias, certificados de antecedentes penales y otros documentos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en el área de bolsa de trabajo en el ámbito sanitario. Su labor se extiende desde la recepción de solicitudes y documentación de candidatos hasta la coordinación de entrevistas y la gestión de procesos administrativos esenciales relacionados con la contratación de profesionales de la salud. Su trabajo contribuye a mantener la eficiencia y la organización en el proceso de selección y contratación de personal sanitario, lo que es crucial para garantizar la disponibilidad de profe-

sionales cualificados en el sector de la salud. Además, su atención a los candidatos y su colaboración con el departamento de recursos humanos son fundamentales para una gestión exitosa de la bolsa de trabajo sanitaria.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 625

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SU ACTUACIONES EN LA TRAMITACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

ISABEL FITO SÁEZ

ROCIO COVISA PUENTE

ANTONIA ARMERO MENA

1 Introducción

La tramitación de quejas y reclamaciones sanitarias se refiere al proceso de recibir, investigar, evaluar y dar seguimiento a las preocupaciones y quejas presentadas por los pacientes o sus representantes en relación con la atención médica y los servicios de salud. Este proceso se lleva a cabo en el ámbito de la sanidad para garantizar la calidad de la atención médica, la seguridad del paciente y la mejora continua de los servicios de salud.

A continuación, se describen los pasos típicos en la tramitación de quejas y reclamaciones sanitarias:

- Recepción de la Queja o Reclamación: El proceso comienza cuando un paciente o su representante presenta una queja o reclamación ante una entidad de salud, como un hospital, una clínica, un centro de salud, una aseguradora médica o una agencia gubernamental encargada de la supervisión de la atención médica.
- Registro y Documentación: La queja o reclamación se registra y se documenta de manera adecuada. Esto incluye detalles como el nombre del paciente, la descripción del problema, las fechas relevantes y cualquier evidencia que respalde la queja.
- Evaluación Inicial: Se lleva a cabo una evaluación inicial para determinar la naturaleza y la gravedad de la queja o reclamación. Algunas quejas pueden resolverse rápidamente, mientras que otras pueden requerir una investigación más profunda.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel importante en la tramitación de quejas y reclamaciones en el ámbito sanitario que realiza el auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel importante en la tramitación de quejas y reclamaciones en el ámbito sanitario. Su labor contribuye a garantizar que las quejas se gestionen de manera eficiente y que los pacientes reciban respuestas adecuadas y oportunas. A continuación, se describen algunas de las actuaciones clave que los auxiliares administrativos pueden llevar a cabo en este proceso:

- Recepción y Registro de Quejas y Reclamaciones: Los auxiliares administrativos

suelen ser los primeros en recibir las quejas y reclamaciones presentadas por los pacientes o sus representantes. Su función incluye el registro de esta información de manera precisa y completa, asegurando que se documenten todos los detalles relevantes, como el nombre del paciente, la descripción del problema y las fechas relacionadas.

- **Comunicación con los Pacientes:** Los auxiliares administrativos pueden ser responsables de mantener una comunicación inicial con los pacientes que presentan quejas. Esto puede implicar proporcionar información sobre el proceso de tramitación, los plazos y las expectativas de tiempo de respuesta.
- **Organización de Documentación:** Ayudan en la organización de la documentación relacionada con la queja o reclamación, asegurándose de que esté disponible para su revisión por parte del personal encargado de la resolución.
- **Coordinación de Entrevistas o Citas:** Si es necesario, los auxiliares administrativos pueden coordinar entrevistas o citas entre los pacientes y el personal de salud o los responsables de la investigación de la queja.
- **Seguimiento de Plazos:** Mantienen un seguimiento de los plazos establecidos para la resolución de quejas y reclamaciones, asegurando que se cumplan los tiempos de respuesta.
- **Registro de Acciones y Resultados:** Documentan de manera adecuada las acciones tomadas en relación con la queja o reclamación y registran los resultados de la investigación o la resolución. Esto es importante para mantener registros precisos y para futuras referencias.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la tramitación de quejas y reclamaciones en el ámbito sanitario. Sus actuaciones son esenciales para garantizar que las preocupaciones de los pacientes se gestionen de manera eficiente y satisfactoria. Al registrar, organizar y coordinar las quejas y reclamaciones, estos profesionales contribuyen a mantener la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua de la calidad de la atención médica y los servicios de salud. Su atención al cliente, comunicación efectiva y cumplimiento de estándares éticos son fundamentales para mantener la confianza de los pacientes en el sistema de salud.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 626

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL CONTROL DE LOS SUMINISTROS SANITARIOS

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

ISABEL FITO SÁEZ

ROCIO COVISA PUENTE

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

ANTONIA ARMERO MENA

1 Introducción

El control de suministros sanitarios se refiere al proceso de gestión y supervisión de los recursos y suministros médicos utilizados en el ámbito de la salud. Estos suministros pueden incluir una amplia gama de productos, desde material médico desechable y equipos médicos hasta medicamentos y productos de cuidado personal utilizados en el entorno de atención médica. El objetivo principal del control de suministros sanitarios es garantizar que los recursos estén disponibles de manera adecuada, que se utilicen de manera eficiente y que se cumplan los estándares de calidad y seguridad en su uso.

A continuación, se describen algunas de las actividades y aspectos clave relacionados con el control de suministros sanitarios:

- **Adquisición y Compra:** Implica la identificación, evaluación y adquisición de suministros médicos. Esto puede incluir la negociación de contratos con proveedores, la evaluación de productos y la selección de fuentes confiables de suministros.
- **Inventario:** Lleva un registro detallado de los suministros disponibles en el inventario, incluyendo la cantidad, fecha de vencimiento, ubicación y otros detalles relevantes. El inventario es esencial para garantizar que los suministros estén disponibles cuando se necesiten.
- **Almacenamiento:** Los suministros deben almacenarse de manera adecuada para garantizar su integridad y evitar daños o contaminación. Esto incluye condiciones de almacenamiento adecuadas en términos de temperatura, humedad y seguridad.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel importante en el control de los suministros sanitarios en el entorno de atención médica por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel importante en el control de los suministros sanitarios en el entorno de atención médica. Su función se centra en la gestión administrativa de los recursos y suministros médicos para garantizar que estén disponibles de manera adecuada y que se utilicen eficientemente. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que desempeña el auxiliar administrativo en este contexto:

- **Registro y Documentación:** El auxiliar administrativo es responsable de llevar

un registro detallado de los suministros sanitarios. Esto incluye la actualización constante de inventarios, el seguimiento de las cantidades disponibles, la identificación de productos y la documentación de fechas de vencimiento.

- **Gestión de Pedidos:** Prepara y gestiona pedidos de suministros en función de las necesidades previstas y las existencias actuales. Esto implica comunicarse con proveedores, completar formularios de pedido y hacer seguimiento de las entregas.
- **Almacenamiento y Organización:** Asegura que los suministros se almacenen adecuadamente, siguiendo las pautas de almacenamiento establecidas para garantizar la integridad y la seguridad de los productos. Esto incluye mantener áreas de almacenamiento limpias y organizadas.
- **Control de Calidad:** Colabora en la verificación de la calidad de los suministros recibidos, realizando inspecciones visuales y comprobando las fechas de vencimiento. Informa sobre cualquier problema de calidad al personal encargado.
- **Distribución y Entrega:** Coordina la distribución de suministros a las áreas o departamentos correspondientes dentro de la institución de salud. Asegura que los suministros lleguen a tiempo y se registren adecuadamente.
- **Comunicación Interna:** Mantiene una comunicación constante con el personal médico, de enfermería y otros departamentos para comprender sus necesidades de suministros y asegurarse de que se satisfagan de manera oportuna.
- **Seguridad del Paciente:** Colabora en la garantía de la seguridad del paciente al asegurarse de que los suministros sean seguros y estén en condiciones adecuadas para su uso en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el control de los suministros sanitarios en el entorno de atención médica. Su contribución en la gestión y supervisión de los recursos y suministros médicos es fundamental para garantizar que estén disponibles de manera adecuada, se utilicen eficientemente y cumplan con los estándares de calidad y seguridad.

El auxiliar administrativo se encarga de llevar un registro preciso de los suministros, gestionar los pedidos, coordinar la distribución, mantener el almace-

namiento adecuado, controlar la calidad de los productos y comunicarse con el personal médico y de enfermería para satisfacer sus necesidades. Además, su labor en la optimización de costos y la generación de informes contribuye a una gestión eficiente de los recursos y a la toma de decisiones informadas.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

Capítulo 627

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

CATALINA MARTINEZ

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

1 Introducción

La actuación del celador ante el paciente politraumatizado es un elemento crítico en el complejo entramado de la atención médica de urgencia. Cuando un individuo sufre múltiples lesiones traumáticas, ya sea como resultado de un accidente automovilístico, una caída severa u otra situación de emergencia, la capacidad de respuesta inmediata y efectiva del celador puede ser determinante para la supervivencia y el bienestar del paciente. En esta exploración más detallada, nos sumergiremos en el papel fundamental que desempeña el celador en la atención a pacientes politraumatizados, enfocándonos en su capacitación, sus habilidades específicas y su capacidad para mantener la calma en situaciones de alto estrés. La formación y preparación de un celador son aspectos cruciales en la respuesta a pacientes politraumatizados. Estos profesionales deben recibir una formación sólida que incluya conocimientos de anatomía, fisiología y patologías relevantes, así como técnicas de movilización segura, inmovilización de pacientes y manejo

de dispositivos médicos. Además, deben estar familiarizados con los procedimientos y protocolos de emergencia establecidos por la institución de salud en la que trabajan.

La capacidad de mantener la calma bajo presión es otra cualidad esencial que se espera de un celador en situaciones de emergencia. El caos y la incertidumbre que suelen rodear a los pacientes politraumatizados pueden generar un ambiente tenso y estresante. En este contexto, los celadores deben ser capaces de mantener la calma, seguir las instrucciones de los profesionales de la salud y realizar las tareas asignadas de manera precisa y eficiente. Esta serenidad en medio del caos es esencial para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal médico.

La colaboración estrecha con otros miembros del equipo de atención de emergencia es un aspecto central de la actuación del celador ante el paciente politraumatizado. Trabajar en conjunto con paramédicos, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar una atención integral y coordinada. Los celadores a menudo son responsables de asistir en la movilización del paciente, la preparación de equipos y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo.

Además de estas responsabilidades, los celadores deben estar preparados para adaptarse a situaciones cambiantes y a menudo impredecibles. Cada paciente politraumatizado es único y puede presentar una variedad de lesiones y necesidades. Los celadores deben ser flexibles y capaces de ajustar su enfoque según las circunstancias para brindar la mejor atención posible en cada caso.

2 Objetivos

1. Proporcionar información relevante y precisa sobre un tema específico. En este caso, buscamos educar al lector y aumentar su comprensión sobre el tema en cuestión.

3 Metodología

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

4 Resultados

La actuación del celador ante un paciente politraumatizado es fundamental para garantizar una atención médica adecuada y segura. A continuación, se describen los pasos y consideraciones clave que un celador debe tener en cuenta al enfrentarse a esta situación:

1. ****Mantener la calma:**** Es esencial mantener la calma en situaciones de emergencia. Esto ayudará a transmitir confianza al paciente y al personal médico.
2. ****Comunicación:**** Siempre se debe informar de inmediato al personal médico sobre la situación y proporcionar toda la información relevante sobre el paciente, como su estado y las circunstancias del traumatismo.
3. ****Proteger la escena:**** Si el paciente se encuentra en un lugar peligroso, como una carretera, es importante asegurar la escena. Esto puede incluir bloquear el tráfico o tomar otras medidas para evitar riesgos adicionales.
4. ****Evaluar el nivel de conciencia:**** Verificar si el paciente está consciente o inconsciente. Si está inconsciente, debe asegurarse de que las vías respiratorias estén despejadas.
5. ****Control de hemorragias:**** Si hay sangrado visible, se debe realizar un control de hemorragias de ser posible, aplicando presión directa sobre la herida con un apósito estéril o un pañuelo limpio.
6. ****Inmovilización cervical:**** Si hay sospecha de lesiones en el cuello o la columna vertebral, se debe inmovilizar el cuello del paciente utilizando un collarín cervical.
7. ****Estabilización:**** Ayudar al paciente a mantener una posición cómoda y estable. Evitar movimientos innecesarios que puedan empeorar las lesiones.
8. ****Mantener la temperatura:**** En caso de frío, cubrir al paciente con mantas o ropa adicional para evitar la hipotermia.
9. ****Reconfortar al paciente:**** Hablar con el paciente, ofrecer apoyo emocional y tranquilizarlo en la medida de lo posible.
10. ****Colaborar en la movilización:**** Ayudar al personal médico en la movilización segura del paciente hacia la ambulancia o el área de atención médica, siguiendo sus indicaciones.
11. ****Registrar información:**** Tomar nota de cualquier información importante, como la hora de la lesión, signos vitales, síntomas y cualquier otra observación relevante.
12. ****Colaborar en la transferencia:**** Una vez en el hospital, colaborar con el personal de enfermería y médicos en la transferencia del paciente a la camilla o la sala de emergencias.

Recuerda que la actuación del celador debe ser siempre coordinada con el personal médico y de enfermería, siguiendo sus instrucciones y colaborando en el proceso de atención al paciente politraumatizado. La seguridad del paciente y del propio celador es una prioridad en estas situaciones.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del celador ante un paciente politraumatizado es una parte esencial de la atención médica de emergencia. En situaciones de trauma severo, como accidentes automovilísticos, caídas desde alturas, o lesiones graves, el papel del celador puede marcar la diferencia en la vida y el bienestar del paciente. A través de un enfoque cuidadoso y coordinado, el celador desempeña un papel vital en la respuesta inicial y la atención continua del paciente. En esta conclusión más amplia, se destacan varios puntos clave relacionados con la actuación del celador ante el paciente politraumatizado:

1. ****Importancia de la preparación:**** La preparación es fundamental para que un celador pueda responder de manera efectiva ante un paciente politraumatizado. Esto incluye estar al tanto de los procedimientos de emergencia, tener conocimientos básicos de primeros auxilios y estar dispuesto a actuar con calma y eficacia en situaciones de alta presión.
2. ****Coordinación con el personal médico:**** La colaboración estrecha con el personal médico y de enfermería es esencial. El celador debe estar en constante comunicación con el equipo de atención médica, informando sobre la situación del paciente y siguiendo las indicaciones del personal médico para garantizar una atención adecuada y segura.
3. ****Evaluación rápida y precisa:**** La evaluación inicial del paciente politraumatizado es crucial. El celador debe determinar el nivel de conciencia, controlar las hemorragias evidentes y garantizar la seguridad del entorno. Esta evaluación rápida ayuda a priorizar las acciones a tomar y puede marcar la diferencia en la supervivencia del paciente.
4. ****Protección de vías respiratorias y control de hemorragias:**** Dos aspectos críticos de la atención inicial son asegurar que las vías respiratorias estén despejadas y controlar cualquier hemorragia visible. Estas medidas pueden salvar vidas y evitar complicaciones graves.
5. ****Inmovilización y estabilización:**** La inmovilización cervical y la estabilización del paciente son esenciales para prevenir lesiones adicionales en casos de trauma en el cuello o la columna vertebral. El celador debe ayudar a mantener al paciente en una posición segura y cómoda, evitando movimientos innecesarios.

6. ****Apoyo emocional:**** Además de las acciones físicas, el celador debe brindar apoyo emocional al paciente. La situación puede ser aterradora y estresante, y unas palabras de aliento y tranquilidad pueden marcar una gran diferencia en la experiencia del paciente.

7. ****Registros precisos:**** La documentación precisa de la información relevante, como los signos vitales, la hora de la lesión y las observaciones importantes, es esencial para la continuidad de la atención médica. Los registros ayudan al personal médico a tomar decisiones informadas y a seguir el progreso del paciente. En resumen, la actuación del celador ante el paciente politraumatizado es un proceso complejo que requiere conocimientos, habilidades y una actitud profesional. La atención rápida y coordinada, junto con la empatía hacia el paciente, son componentes clave de un enfoque eficaz. La importancia de esta función no debe subestimarse, ya que puede marcar la diferencia en la recuperación y el pronóstico del paciente en situaciones de trauma grave. La capacitación continua y la colaboración efectiva con el personal médico son esenciales para garantizar una atención de alta calidad en estas circunstancias críticas.

6 Bibliografía

- 1.- Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.
- 2.- Gayubo Bartolomé, M. (2014). Movilización del enfermo, repercusión en el personal sanitario. Revisión bibliográfica.
- 3.- Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(3), 124-130.
- 4.- Blanco Bravo A. Manejo inicial del politraumatizado en urgencias. In: *Manual de protocolos y actuación de urgencias para residentes: Complejo Hospitalario de Toledo*; 2005:41-5.

Capítulo 628

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE INFECTO – CONTAGIOSO

CATALINA MARTINEZ

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

1 Introducción

La actuación del celador ante un paciente infecto-contagioso reviste una relevancia crítica en el contexto de la atención médica y hospitalaria. En un entorno donde la salud y la seguridad son prioridades fundamentales, los celadores desempeñan un papel esencial en la prevención y control de la propagación de enfermedades infecciosas, garantizando no solo la atención adecuada de los pacientes, sino también la protección del personal médico y otros pacientes que se encuentran en el mismo entorno.

En la actualidad, la presencia de pacientes con enfermedades infecciosas contagiosas, plantea desafíos significativos para el sistema de atención médica. Los celadores son el primer punto de contacto entre estos pacientes y el personal médico, y su actuación adecuada puede marcar la diferencia en la prevención de la propagación de la enfermedad. Por lo tanto, es fundamental que los celadores

estén bien informados y capacitados para lidiar con estas situaciones de manera segura y efectiva.

Esta introducción tiene como objetivo explorar las pautas y consideraciones clave que deben tener en cuenta los celadores al enfrentarse a pacientes infecto-contagiosos. Desde el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP) hasta las medidas de higiene y desinfección, pasando por la comunicación con el paciente y la coordinación con el personal médico, cada aspecto de la actuación del celador es esencial para mantener un entorno seguro y eficiente en el ámbito de la atención médica.

2 Objetivos

- Proporcionar al lector información precisa y relevante sobre cómo los celadores desempeñan un papel fundamental en la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas.
- Concienciar al lector sobre la importancia de la prevención de enfermedades contagiosas en el entorno de atención médica y cómo los celadores contribuyen activamente a este proceso.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa como Pubmed o Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

La actuación del celador ante un paciente infecto y contagioso es de suma importancia para garantizar la seguridad del paciente, del personal médico y de otros pacientes en el entorno hospitalario. Medidas y pautas que un celador debe seguir en esta situación:

1. ****Protección Personal:****

- Utilizar equipo de protección personal (EPP) adecuado, que puede incluir batas, guantes, mascarillas, protectores oculares y, en algunos casos, trajes de protección completos, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad.

2. ****Aislamiento:****

- Colaborar en el aislamiento del paciente en una habitación individual, si es posible, o en una sala de aislamiento designada para pacientes infecto-contagiosos.

3. ****Información:****

- Obtener información sobre la enfermedad del paciente y las precauciones necesarias para su manejo. Esto puede incluir si es una enfermedad transmitida por el aire, por contacto, etc.

4. ****Lavado de Manos:****

- Realizar un lavado de manos adecuado y frecuente con agua y jabón, y usar desinfectante de manos cuando sea necesario.

5. ****Limitar el Contacto:****

- Limitar el contacto cercano con el paciente a lo estrictamente necesario y mantener una distancia segura

6. ****Transporte Seguro:****

- Transportar al paciente infecto-contagioso en una camilla o silla de ruedas designada para este propósito, que deberá ser desinfectada después de su uso.

7. ****Residuos Biológicos:****

- Manejar los residuos biológicos generados por el paciente siguiendo los protocolos de eliminación de residuos médicos peligrosos.

8. ****Comunicación:****

- Mantener una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería para coordinar la atención del paciente y seguir las pautas establecidas.

9. ****Educación y Sensibilización:****

- Participar en programas de educación y sensibilización sobre control de infecciones para estar al tanto de las últimas medidas y procedimientos.

10. ****Descontaminación:****

- Ayudar en la limpieza y desinfección de las áreas utilizadas por el paciente, incluyendo camas, equipos médicos y superficies de contacto frecuente.

11. ****Seguimiento de Protocolos:****

- Seguir los protocolos y directrices específicas establecidos por la institución de salud en la que trabajes para el manejo de pacientes infecto-contagiosos.

12. ****Cuidado y Respeto:****

- Brindar atención al paciente con dignidad y respeto, recordando que están pasando por una situación difícil.

Es importante recordar que las pautas y protocolos pueden variar según la enfermedad y las políticas internas del hospital o centro de atención médica. Por lo tanto, es fundamental seguir las indicaciones y capacitaciones proporcionadas por la institución en la que trabajas. La seguridad del paciente y del

personal médico debe ser siempre la prioridad en situaciones de pacientes infecto-contagiosos.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que podemos sacar de la actuación del celador ante un paciente infecto-contagioso son las siguientes:

1. ****Importancia de la Seguridad:**** La seguridad del paciente, del personal médico y del propio celador es una prioridad fundamental en cualquier entorno de atención médica. Las medidas de protección personal y los protocolos de control de infecciones son esenciales para prevenir la propagación de enfermedades contagiosas.
2. ****Colaboración y Comunicación:**** La colaboración efectiva y la comunicación entre el personal de salud, incluyendo a los celadores, son clave para garantizar un manejo seguro de pacientes infecto-contagiosos. La información precisa sobre la enfermedad y el seguimiento de los protocolos son fundamentales.
3. ****Formación y Educación:**** La formación y la educación continua del personal, incluyendo a los celadores, en cuanto a medidas de control de infecciones es esencial para garantizar que se sigan prácticas seguras y actualizadas.
4. ****Respeto y Dignidad:**** A pesar de la situación de contagio, es fundamental tratar a los pacientes con dignidad y respeto. La enfermedad no debe ser motivo de estigmatización o discriminación.
5. ****Prevención de la Propagación:**** La actuación del celador desempeña un papel crucial en la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas en un entorno hospitalario. El uso adecuado de EPP y la implementación de medidas de aislamiento y desinfección son herramientas efectivas para este propósito.
6. ****Cumplimiento de Protocolos:**** El celador debe seguir rigurosamente los protocolos establecidos por la institución de salud en la que trabaja. La consistencia en la aplicación de estas directrices es esencial para evitar errores y garantizar un manejo adecuado de pacientes infecto-contagiosos.

La actuación del celador en casos de pacientes infecto-contagiosos es una parte crucial del sistema de atención médica. Al seguir las medidas de seguridad, colaborar con el personal médico y mantener un enfoque en la prevención, se contribuye a brindar atención de alta calidad y a proteger la salud de todos los involucrados.

6 Bibliografía

1. "Manual del celador en el ámbito sanitario" de José Javier Álvarez Ramos y Antonio Andrés Pueyo (Editorial CEP).
2. "Protocolos de aislamiento y precauciones en el control de infecciones" del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
3. "Manual de procedimientos en enfermería" de Isabel Fernández Rodríguez.

Capítulo 629

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

CATALINA MARTINEZ

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

1 Introducción

La actuación del celador en el servicio de diagnóstico por imagen es de suma importancia para el adecuado funcionamiento de esta área crucial en la atención médica. Los celadores desempeñan un papel multifacético que abarca desde la atención y el cuidado de los pacientes hasta la coordinación logística y la colaboración estrecha con el personal de salud.

Este servicio, que engloba diversas modalidades como radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y ecografías, despliega una complejidad técnica significativa, y la presencia de celadores se torna esencial para garantizar su operación eficiente y segura.

Exploraremos con mayor detalle la labor esencial que desempeñan los celadores en el servicio de diagnóstico por imagen, destacando su contribución en la aten-

ción y comodidad de los pacientes, la gestión logística que permite el flujo adecuado de personas y recursos, y su participación activa en la creación de un entorno de trabajo seguro y ordenado que favorece el óptimo funcionamiento de este vital componente de la atención médica moderna.

A lo largo de este análisis, veremos cómo los celadores desempeñan un rol vital que va más allá de la simple asistencia, convirtiéndose en pilares esenciales para el éxito y la calidad en la atención en el ámbito de diagnóstico por imagen.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión más profunda y completa del papel del celador en el servicio de diagnóstico por imagen.
- Destacar la importancia de la labor del celador en la atención médica y, en particular, en el servicio de diagnóstico por imagen.
- Mostrar la relevancia de esta función en el sistema de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

La actuación del celador en el servicio de diagnóstico por imagen es crucial para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de este departamento en un hospital o centro de salud.

Aquí se presentan algunas de las responsabilidades y tareas que un celador puede llevar a cabo en este entorno:

1. Traslado de pacientes: Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de espera hasta la sala de diagnóstico por imagen y viceversa. Esto requiere cuidado y empatía para garantizar la comodidad y seguridad del paciente, especialmente si están enfermos o lesionados.

Los celadores, como parte integral del equipo de atención médica, son responsables de garantizar que los procedimientos de diagnóstico por imagen se lleven a cabo de manera segura, efectiva y sin problemas. Su función principal es el traslado de pacientes desde sus habitaciones o áreas de espera hasta las salas de diagnóstico y viceversa. Este proceso debe realizarse con la máxima consideración de la comodidad del paciente y la seguridad de su movilidad, especialmente en casos de pacientes enfermos, discapacitados o frágiles.

2. Preparación de salas: Antes de la realización de exámenes médicos, los celadores pueden ser responsables de preparar las salas de diagnóstico por imagen, asegurándose de que estén limpias, desinfectadas y equipadas con el equipo necesario.

3. Apoyo al personal médico: Los celadores pueden ayudar al personal médico en la preparación de los pacientes para procedimientos de diagnóstico por imagen, como la resonancia magnética, la tomografía computarizada o la radiografía. Esto puede incluir la colocación de dispositivos de sujeción o la asistencia en la posición adecuada del paciente, proporcionar información básica sobre el procedimiento a los pacientes y sus familias, y colaborar en la logística del proceso médico en sí. Esta colaboración estrecha con médicos, radiólogos y técnicos de imagenología asegura que los procedimientos se realicen con precisión y de manera eficiente.

4. Transporte de equipo: Los celadores también pueden ser responsables de transportar equipos médicos, como máquinas de rayos X portátiles o equipos de ultrasonido, a las áreas donde se necesita.

5. Mantenimiento del orden: Mantener el orden y la limpieza en las áreas de diagnóstico por imagen es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la eficiencia del servicio. Los celadores pueden ayudar a mantener el área organizada y asegurarse de que los suministros estén disponibles cuando se necesiten.

6. Control de acceso: En algunas instalaciones, los celadores pueden ser responsables de controlar el acceso a las áreas de diagnóstico por imagen, asegurándose de que solo las personas autorizadas entren en las salas.

7. Comunicación con pacientes y familias: Los celadores pueden servir como punto de contacto entre los pacientes y sus familias y el personal médico, proporcionando información básica sobre los procedimientos y ayudando a calmar las preocupaciones de los pacientes.

8. Colaboración en situaciones de emergencia: En situaciones de emergencia, como incendios o evacuaciones, los celadores deben estar preparados para ayudar en la evacuación segura de los pacientes del servicio de diagnóstico por imagen.

La actuación del celador en el servicio de diagnóstico por imagen es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera segura y eficiente. Su papel abarca desde el transporte de pacientes hasta la preparación de salas y el apoyo al personal médico, contribuyendo en última instancia a la calidad de la atención médica proporcionada en este entorno.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del celador en el servicio de diagnóstico por imagen desempeña un papel fundamental en la atención médica y el funcionamiento eficiente de los hospitales y centros de salud. Su presencia y funciones abarcan una amplia gama de responsabilidades que contribuyen significativamente a la calidad de la atención y la experiencia del paciente.

Se destaca la importancia de que su colaboración con el personal médico es esencial para garantizar que el paciente esté adecuadamente preparado y posicionado para el procedimiento.

En situaciones de emergencia, como incendios o evacuaciones, los celadores también tienen la responsabilidad de ayudar en la evacuación segura de los pacientes del servicio de diagnóstico por imagen, lo que demuestra su importancia en la gestión de crisis y la seguridad hospitalaria.

En definitiva, la actuación del celador en el servicio de diagnóstico por imagen es esencial para garantizar que los pacientes reciban atención médica de calidad en un entorno seguro y bien gestionado. Su compromiso con la comodidad, la seguridad y la colaboración efectiva con el personal médico contribuye de manera significativa a la eficiencia y la excelencia en la atención de salud en el ámbito de la imagenología médica.

6 Bibliografía

1. Medicina Nuclear [Internet] Hospital Virgen del Rocío. [citado 14 abril 2023] Disponible en: <https://www.hospitaluvrocio.es/entrada-blog/que-es-la-medicina-nuclear/>.
2. Guía pruebas de diagnóstico por imagen [Internet] Salud Castilla y León [citado 15 abril 2023] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPa>

cientes/es/pruebas-diagnosticas/ pruebas-diagnostico-imagen/lectura-facil-guia-pruebas-diagnostico-imagen-lectura-facil.ficheros/.

3. La Radiología [Internet] CORE radiológico [citado 15 abril 2023] Disponible en: <http://www.coreradiológico.com/contenidos/zonas/detalleApartado.asp>.

Capítulo 630

ECOCARDIOGRAFÍA Y TÉCNICOS EN IMAGEN: COLABORACIÓN PARA UN DIAGNÓSTICO PRECISO POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

GLORIA CERDÁ REQUENA

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

1 Introducción

En el vasto campo de la medicina cardiovascular, la ecocardiografía ha emergido como una herramienta fundamental para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de enfermedades cardíacas. Esta técnica de diagnóstico por imágenes permite obtener una visión detallada y en tiempo real del corazón y sus estructuras internas, sin necesidad de intervenciones invasivas. Sin embargo, para aprovechar al máximo el potencial diagnóstico de la ecocardiografía y garantizar un cuidado óptimo de los pacientes, es esencial reconocer el papel fundamental que desempeñan los técnicos en imagen para el diagnóstico en este proceso.

Los técnicos en imagen para el diagnóstico son profesionales altamente capacitados y comprometidos con la adquisición de imágenes médicas de alta calidad. Su experiencia y habilidades en la operación de equipos de diagnóstico por imágenes, la preparación de pacientes y la optimización de las imágenes son esenciales en el contexto de la ecocardiografía. Colaborando en estrecha sincronía con los cardiólogos y especialistas en ecocardiografía, estos técnicos contribuyen significativamente a la obtención de datos precisos y completos que forman la base de un diagnóstico cardíaco confiable.

La ecocardiografía, en sus diversas modalidades como la ecocardiografía transtorácica, transesofágica y de estrés, se utiliza para evaluar la anatomía y la función cardíaca, identificar anomalías estructurales, medir el flujo sanguíneo, detectar trastornos valvulares y evaluar la perfusión cardíaca. Cada uno de estos estudios requiere una destreza técnica específica y una comprensión profunda de la anatomía cardíaca y la fisiología cardiovascular. Los técnicos en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel vital al garantizar que se obtengan imágenes de alta calidad en cada uno de estos escenarios clínicos.

La colaboración entre los técnicos en imagen para el diagnóstico y los especialistas en ecocardiografía es un ejemplo paradigmático de trabajo en equipo en el entorno de la salud. Los técnicos son responsables de preparar al paciente, posicionar adecuadamente el transductor, ajustar los parámetros del equipo y capturar imágenes de alta resolución, mientras que los especialistas en ecocardiografía interpretan las imágenes y utilizan su experiencia clínica para proporcionar diagnósticos precisos y guiar el tratamiento apropiado. Esta colaboración simbiótica entre ambos grupos de profesionales no solo mejora la calidad de los estudios ecocardiográficos, sino que también agiliza el proceso de diagnóstico y facilita la toma de decisiones clínicas informadas.

2 Objetivos

- Dar a conocer la ecocardiografía.
- Mostrar los aspectos clave de la colaboración entre un cardiólogo y un técnico en imagen para el diagnóstico en el contexto de una ecocardiografía.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han utilizado diferentes fuentes de información como PubMed, libros de texto propios de auxiliar de enfermería, Medline, etc. También se han consultado artículos científicos, revistas científicas y diferentes libros para complementar y hacer un estudio lo más completo posible.

4 Resultados

Uno de los objetivos principales de esta técnica son:

- Adquirir imágenes ecocardiográficas de la más alta calidad posible. Esto implica la correcta preparación del paciente, la selección adecuada de vistas y técnicas de imagen, así como el ajuste óptimo de los parámetros del equipo. Imágenes de alta calidad son esenciales para una interpretación precisa.
- Fomentar una colaboración efectiva entre técnicos en imagen y especialistas en ecocardiografía. Esto incluye una comunicación abierta, compartir hallazgos relevantes y trabajar juntos para resolver problemas técnicos durante el estudio.

La ecocardiografía es una técnica de diagnóstico médico que utiliza ultrasonidos para generar imágenes en tiempo real del corazón. Los técnicos en imagen para el diagnóstico (TSID) desempeñan un papel crucial en la realización de ecocardiografías, ya que son responsables de operar la maquinaria de ultrasonido y obtener las imágenes necesarias para el diagnóstico cardíaco. La colaboración entre un cardiólogo y un TSID es esencial para garantizar un diagnóstico preciso y efectivo en pacientes con enfermedades cardíacas.

Aquí hay algunos resultados clave de la colaboración entre un cardiólogo y un TSID en el contexto de una ecocardiografía:

1. Obtención de imágenes de alta calidad: El TSID se encarga de realizar ecocardiogramas de alta calidad, asegurando que las imágenes sean claras y precisas. Esto es esencial para que el cardiólogo pueda evaluar adecuadamente la estructura y la función del corazón.
2. Asistencia durante el procedimiento: Durante el procedimiento de ecocardiografía, el TSID trabaja en estrecha colaboración con el cardiólogo, proporcionando vistas específicas del corazón que el cardiólogo necesita para hacer un diagnóstico preciso.
3. Identificación de patologías: El TSID puede detectar anomalías en las imá-

genes, como válvulas cardíacas defectuosas, coágulos sanguíneos o problemas de flujo sanguíneo. Informa al cardiólogo sobre estas observaciones para ayudar en el diagnóstico.

4. Comunicación efectiva: La comunicación entre el cardiólogo y el TSID es fundamental. El TSID debe transmitir de manera clara y concisa cualquier hallazgo relevante al cardiólogo, lo que ayuda en la toma de decisiones médicas.

5. Seguimiento de pacientes: Después de la ecocardiografía, el TSID puede ayudar en el seguimiento de pacientes, realizando seguimientos regulares para evaluar la progresión de la enfermedad o la efectividad de un tratamiento.

6. **Formación continua: La colaboración entre el cardiólogo y el TSID también puede incluir la formación y el desarrollo continuo de habilidades para mantenerse actualizados en las últimas técnicas y avances en la ecocardiografía.

La colaboración entre un cardiólogo y un TSID es esencial para garantizar un diagnóstico preciso en pacientes con enfermedades cardíacas a través de la realización de ecocardiografías de alta calidad. Esta asociación permite una evaluación completa de la función cardíaca y la detección temprana de problemas cardíacos, lo que beneficia la salud y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la colaboración entre un cardiólogo y un técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) desempeña un papel crucial en el campo de la ecocardiografía, contribuyendo significativamente a la obtención de diagnósticos precisos y al tratamiento efectivo de pacientes con enfermedades cardíacas. Esta colaboración se basa en una división clara de roles y responsabilidades, donde el TSID opera la maquinaria de ultrasonido y recopila las imágenes cardíacas necesarias, mientras que el cardiólogo interpreta estas imágenes y toma decisiones médicas fundamentales.

Una de las principales ventajas de esta asociación es la capacidad del TSID para obtener imágenes de alta calidad del corazón. Esto es esencial para el cardiólogo, ya que las imágenes claras y detalladas permiten una evaluación más precisa de la anatomía y la función cardíaca. Además, el TSID puede brindar vistas específicas y ajustar los parámetros del ultrasonido en tiempo real para adaptarse a las necesidades del cardiólogo durante el procedimiento.

La colaboración también se extiende a la detección de patologías cardíacas. El TSID, gracias a su experiencia en la obtención de imágenes, puede identificar anomalías, como válvulas cardíacas defectuosas, coágulos sanguíneos o problemas de flujo sanguíneo, y comunicar estos hallazgos al cardiólogo. Esto es esencial para el diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento adecuado.

La comunicación efectiva es un componente crítico de esta colaboración. El TSID debe ser capaz de transmitir de manera clara y concisa los hallazgos al cardiólogo, lo que facilita la toma de decisiones médicas informadas. La interpretación conjunta de las imágenes y los datos clínicos puede llevar a un diagnóstico más completo y preciso.

Después de la ecocardiografía, el TSID también puede desempeñar un papel en el seguimiento de pacientes. Realizar seguimientos regulares permite evaluar la progresión de la enfermedad o la efectividad de un tratamiento a lo largo del tiempo, lo que es fundamental para la atención a largo plazo de los pacientes con enfermedades cardíacas.

Además, la colaboración incluye la formación continua. Ambos profesionales deben mantenerse actualizados sobre las últimas técnicas y avances en ecocardiografía y cardiología para brindar la mejor atención posible a los pacientes.

La colaboración entre un cardiólogo y un TSID en el campo de la ecocardiografía es esencial para proporcionar diagnósticos precisos y tratamientos efectivos a pacientes con enfermedades cardíacas. Esta colaboración se basa en la experiencia complementaria de ambos profesionales y en una comunicación fluida, y tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de los pacientes. La relación de trabajo efectiva entre estos dos roles contribuye en última instancia a mejorar la calidad de vida y la supervivencia de aquellos que enfrentan enfermedades del corazón.

6 Bibliografía

1. Ecocardiografía de Feigenbaum de William F. Armstrong, Thomas Ryan y Harvey Feigenbaum.
2. Ecocardiografía Clínica de Catherine M. Otto y Rosario Freeman.
3. Manual de Ecocardiografía Clínica de José Manuel García Pinilla.
4. Colaboración interdisciplinaria en la ecocardiografía: Técnicos y Médicos de varios autores.

Capítulo 631

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: APLICACIONES CLÍNICAS Y COMPETENCIAS DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

GLORIA CERDÁ REQUENA

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

1 Introducción

La ecografía abdominal es una herramienta fundamental en el campo de la medicina diagnóstica, que permite obtener imágenes detalladas de los órganos y estructuras ubicados en la cavidad abdominal. Esta técnica no invasiva utiliza ondas de ultrasonido para generar imágenes en tiempo real que son cruciales en el diagnóstico y seguimiento de una amplia variedad de condiciones médicas. En este contexto, los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel esencial, ya que son los encargados de llevar a cabo los procedimientos de

ecografía abdominal y colaborar estrechamente con los profesionales de la salud en la obtención de datos precisos para el diagnóstico médico.

Exploraremos las diversas aplicaciones clínicas de la ecografía abdominal, destacando su importancia en el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales, hepáticas, renales y muchas otras. Además, examinaremos las competencias clave que deben poseer los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico para desempeñar su rol de manera efectiva en este campo, incluyendo su capacidad para operar equipos de ecografía, interpretar imágenes y colaborar de manera ética y profesional con el equipo médico.

Veremos cómo la ecografía abdominal se ha convertido en una herramienta indispensable en la atención médica moderna y cómo los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel crucial en la entrega de atención de calidad a los pacientes.

2 Objetivos

- Proporcionar un conocimiento profundo y completo sobre la ecografía abdominal, incluyendo los principios físicos, la anatomía abdominal, y las técnicas de exploración.
- Capacitar para adquirir las habilidades técnicas necesarias para realizar ecografías abdominales de alta calidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se procedió a la realización de búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos: PubMed (permite el acceso a Medline), EMBASE, CINAHL (base bibliográfica de enfermería) y otras fuentes de información seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La ecografía abdominal es una técnica de diagnóstico médico que se utiliza para visualizar las estructuras internas del abdomen, como el hígado, los riñones, la vesícula biliar, el páncreas, el bazo, los intestinos, los vasos sanguíneos y otros órganos y tejidos abdominales.

Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico (TSID) desempeñan un papel crucial en la realización de ecografías abdominales y en la obtención de imágenes de alta calidad para ayudar en el diagnóstico médico.

Algunas de las aplicaciones clínicas de la ecografía abdominal incluyen:

1. Evaluación del hígado: La ecografía abdominal se utiliza para detectar enfermedades hepáticas como la cirrosis, los tumores hepáticos y la esteatosis hepática (hígado graso).
2. Evaluación de los riñones: Permite identificar problemas en los riñones, como cálculos renales, quistes, infecciones y tumores.
3. Estudio de la vesícula biliar: Ayuda a detectar la presencia de cálculos biliares y a evaluar la inflamación de la vesícula biliar.
4. Evaluación del páncreas: Permite la detección de tumores pancreáticos, pancreatitis y otras afecciones pancreáticas.
5. Visualización del bazo: Se utiliza para evaluar el tamaño y la estructura del bazo, así como para identificar posibles anomalías.
6. Evaluación de los vasos sanguíneos: La ecografía Doppler se emplea para examinar el flujo sanguíneo en los vasos abdominales, lo que puede ser útil en el diagnóstico de enfermedades vasculares, como aneurismas o estenosis.
7. Detección de masas abdominales: Ayuda a identificar la presencia de tumores u otras masas anormales en el abdomen.

Competencias clave que deben tener los TSID en la realización de ecografías abdominales incluyen:

1. Conocimiento anatómico: Deben tener un sólido entendimiento de la anatomía abdominal para ubicar con precisión las estructuras de interés.
2. Habilidad técnica: Deben ser capaces de operar equipos de ultrasonido de manera efectiva y ajustar parámetros para obtener imágenes de alta calidad.
3. Comunicación: Deben ser capaces de interactuar con los pacientes, explicar el procedimiento y calmar posibles preocupaciones.
4. Evaluación de imágenes: Deben ser competentes en la evaluación y documentación de las imágenes obtenidas, identificando posibles anomalías.

5. Colaboración: Deben trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico para proporcionar información valiosa que contribuya al diagnóstico y tratamiento del paciente.

La ecografía abdominal desempeña un papel esencial en el diagnóstico médico de afecciones abdominales, y los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel fundamental al llevar a cabo estos procedimientos y garantizar la obtención de imágenes precisas y de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ecografía abdominal es una técnica de diagnóstico médico de gran relevancia en la evaluación de estructuras internas del abdomen, proporcionando información esencial para el diagnóstico y tratamiento de diversas afecciones. Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico (TSID) son profesionales esenciales en este campo, desempeñando un papel crítico en la realización de ecografías abdominales y asegurando la obtención de imágenes de alta calidad que respalden la toma de decisiones clínicas.

Las aplicaciones clínicas de la ecografía abdominal son amplias y variadas. Permite la evaluación detallada de órganos como el hígado, los riñones, la vesícula biliar, el páncreas y el bazo, así como la detección de masas y la evaluación de los vasos sanguíneos. Esta versatilidad convierte a la ecografía abdominal en una herramienta de diagnóstico indispensable para una amplia gama de condiciones médicas, desde enfermedades hepáticas hasta trastornos renales, pasando por problemas gastrointestinales y enfermedades vasculares.

Para llevar a cabo ecografías abdominales de manera efectiva, los TSID deben poseer una serie de competencias esenciales. Esto incluye un profundo conocimiento de la anatomía abdominal, lo que les permite identificar con precisión las estructuras de interés en las imágenes. Además, deben estar familiarizados con el funcionamiento de los equipos de ultrasonido y ser capaces de ajustar los parámetros para obtener imágenes óptimas. La comunicación con los pacientes desempeña un papel crucial, ya que los TSID deben explicar el procedimiento y tranquilizar a los pacientes durante la exploración. La evaluación y documentación precisa de las imágenes son competencias técnicas esenciales que garantizan que los médicos cuenten con la información necesaria para realizar un diagnóstico preciso. La colaboración estrecha con el equipo médico es igualmente importante, puesto que los TSID proporcionan información valiosa

que influye en la toma de decisiones clínicas.

En resumen, la ecografía abdominal es una técnica de diagnóstico médico sumamente valiosa que requiere la experiencia y las habilidades de los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico. Su capacidad para obtener imágenes de alta calidad y su conocimiento anatómico son esenciales para la detección temprana y el diagnóstico preciso de una variedad de enfermedades abdominales. Los TSID desempeñan un papel fundamental en la atención médica al colaborar estrechamente con los médicos y proporcionar información esencial para el cuidado de los pacientes. Su contribución es invaluable en la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. Ecografía Abdominal: Cómo, Por Qué y Cuándo de Jane A. Smith y Edward R. Jones.
2. Ecografía Clínica del Aparato Digestivo de Juan Vicente Esplugues.
3. Manual de Ecografía Abdominal de Miguel Ángel Gutiérrez y José María López-Pardo.

Capítulo 632

ECOGRAFÍA DOPPLER: UNA HERRAMIENTA CRUCIAL EN LA PRÁCTICA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

GLORIA CERDÁ REQUENA

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

1 Introducción

La ecografía Doppler, una técnica de imagen que ha revolucionado la práctica del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID), se ha convertido en una herramienta crucial en el arsenal de diagnóstico médico. Esta modalidad de ultrasonido no solo permite visualizar estructuras anatómicas con una precisión excepcional, sino que también proporciona información vital sobre el flujo sanguíneo en el interior del cuerpo humano. En este artículo, exploraremos en profundidad el papel fundamental que desempeña la ecografía Doppler en la rutina de trabajo de los TSID, destacando su relevancia en el diagnóstico de una amplia gama de afecciones médicas.

La ecografía Doppler se basa en el principio del efecto Doppler, que describe el cambio en la frecuencia de las ondas sonoras cuando un objeto en movimiento se encuentra en el camino de esas ondas. En el contexto médico, este principio se aplica al análisis del flujo sanguíneo, lo que permite al TSID obtener información detallada sobre la velocidad y dirección de la sangre en arterias, venas y vasos más pequeños. Esta capacidad de evaluar la circulación sanguínea en tiempo real es especialmente valiosa en la detección y seguimiento de enfermedades cardiovasculares, como la arteriosclerosis, las obstrucciones arteriales y las anomalías en la circulación fetal durante el embarazo.

La ecografía Doppler se utiliza en una variedad de contextos clínicos, desde la evaluación de la función cardíaca hasta la detección de trombosis venosa profunda, pasando por el estudio de enfermedades hepáticas y renales. Los TSID desempeñan un papel esencial en la obtención de imágenes de alta calidad y en la interpretación de los datos obtenidos mediante esta tecnología avanzada.

Una de las ventajas más destacadas de la ecografía Doppler es su capacidad para proporcionar información funcional, complementando la información estructural que se obtiene con la ecografía convencional. Esto significa que los TSID pueden ayudar a los médicos a obtener un diagnóstico más completo y preciso, lo que a su vez permite un tratamiento más efectivo y una mejor atención al paciente.

En resumen, la ecografía Doppler se ha convertido en una herramienta esencial en la práctica del TSID, desempeñando un papel integral en el diagnóstico y seguimiento de una amplia gama de afecciones médicas. Su capacidad para evaluar la circulación sanguínea en tiempo real y proporcionar información funcional la convierte en un recurso invaluable en el campo de la radiología y la medicina, destacando la importancia de los TSID en la entrega de atención médica de calidad. A lo largo de este artículo, exploraremos las aplicaciones clave de la ecografía Doppler y su contribución al diagnóstico preciso y la mejora del cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

- Proporcionar información precisa y relevante sobre la ecografía doppler, lo que le permitirá comprender mejor esta técnica de diagnóstico médico y su impacto en la atención médica.
- Resaltar la importancia del papel del técnico superior en imagen para el diag-

nóstico en el uso de la ecografía doppler y cómo su experiencia y habilidades son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se inició con la búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed, Cochrane, Scielo, y Cuiden. Posteriormente, se amplió la búsqueda utilizando los operadores booleanos AND y OR, logrando así una búsqueda más amplia. Se lograron numerosos resultados en PubMed y Cochrane.

4 Resultados

La ecografía Doppler es, sin duda, una herramienta crucial en la práctica del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID). Esta técnica de imagenología combina las ventajas de la ecografía convencional con la capacidad de evaluar el flujo sanguíneo en tiempo real, lo que la convierte en una herramienta esencial en el diagnóstico y monitoreo de una amplia variedad de condiciones médicas. A continuación, se presentan algunos resultados clave sobre la importancia de la ecografía Doppler en la práctica del TSID:

1. Diagnóstico de enfermedades cardiovasculares: La ecografía Doppler permite evaluar la velocidad y dirección del flujo sanguíneo en arterias y venas, lo que es esencial para diagnosticar enfermedades cardiovasculares como la enfermedad arterial coronaria, la enfermedad vascular periférica y las trombosis venosas profundas.
2. Control prenatal: En obstetricia, la ecografía Doppler se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en el útero y el cordón umbilical del feto, lo que ayuda a detectar posibles problemas de desarrollo y a monitorear el bienestar fetal.
3. Detección de enfermedades hepáticas: La ecografía Doppler hepática se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en el hígado y detectar enfermedades hepáticas como cirrosis y tumores.
4. Evaluación de trastornos vasculares: Esta técnica es esencial en el diagnóstico de trastornos vasculares, como aneurismas y estenosis, ya que permite evaluar la estructura de los vasos sanguíneos y el flujo a través de ellos.
5. Seguimiento de trasplantes: En el seguimiento de pacientes trasplantados, la ecografía Doppler se utiliza para evaluar la función de los órganos trasplantados y detectar posibles complicaciones, como el rechazo o la trombosis.
6. Orientación en procedimientos invasivos: Los TSID pueden utilizar la ecografía Doppler para guiar procedimientos invasivos, como la colocación de catéteres y

la extracción de biopsias, lo que mejora la precisión y reduce los riesgos para el paciente.

7. Reducción de la radiación: A diferencia de otras técnicas de imagenología, como la tomografía computarizada (TC) y la radiografía, la ecografía Doppler no utiliza radiación ionizante, lo que la convierte en una opción más segura para el paciente y el personal de salud.

8. Monitorización en tiempo real: La capacidad de obtener imágenes en tiempo real y evaluar el flujo sanguíneo de manera dinámica permite a los TSID obtener información valiosa de forma inmediata, lo que es esencial en situaciones de emergencia y en la toma de decisiones clínicas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la ecografía Doppler es una herramienta esencial en la práctica del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) debido a su capacidad única para proporcionar información crítica sobre el flujo sanguíneo en tiempo real y su versatilidad en el diagnóstico y seguimiento de una amplia gama de condiciones médicas. Su aplicación abarca desde la detección temprana de enfermedades cardiovasculares hasta el monitoreo de fetos durante el embarazo y la evaluación de trastornos vasculares y hepáticos. La capacidad de la ecografía Doppler para guiar procedimientos invasivos y su capacidad de brindar información en tiempo real la convierten en una herramienta de diagnóstico y tratamiento versátil y poderosa.

Además, la ecografía doppler ofrece beneficios adicionales, como la reducción de la exposición a la radiación ionizante, lo que la hace más segura para los pacientes y los profesionales de la salud. También tiene un impacto significativo en la toma de decisiones clínicas al proporcionar datos precisos y en tiempo real, lo que es especialmente valioso en situaciones de emergencia.

En última instancia, el TSID que domina la ecografía doppler y la aplica con destreza no solo contribuye al diagnóstico y tratamiento efectivos de los pacientes, sino que también desempeña un papel crucial en la mejora de la atención médica en general. Esta tecnología continúa evolucionando, lo que significa que los TSID deben mantenerse actualizados y continuar aprendiendo sobre sus aplicaciones y avances para brindar la mejor atención posible a los pacientes. La ecografía Doppler es, sin duda, una herramienta indispensable en la caja de herramientas de un TSID y seguirá siendo un pilar fundamental en la atención médica moderna.

6 Bibliografía

1. Ecografía Doppler en Obstetricia y Ginecología de Jesús María Carrera Hernández y Salvador López de la Torre.
2. Ecografía Doppler Clínica de Carlos Martínez-Berganza Asensio y Carlos Martínez-Berganza López.
3. Ecografía Doppler en Medicina Vascular de Mariano Alemán Gañán y José A. Martín Hervas.

Capítulo 633

EL LOGOPEDA EN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

1 Introducción

Las enfermedades neurodegenerativas son un grupo de trastornos que afectan al sistema nervioso central y/o periférico, causando la degeneración gradual de las células nerviosas y, como resultado, la disfunción progresiva del sistema nervioso. Estas enfermedades pueden tener un impacto devastador en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Un ejemplo común de enfermedad neurodegenerativa es la enfermedad de Alzheimer, que causa deterioro cognitivo y pérdida de memoria. Otras enfermedades incluyen la enfermedad de Parkinson, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la enfermedad de Huntington, entre muchas otras.

Los síntomas de estas enfermedades varían, pero a menudo incluyen problemas motores, deterioro cognitivo, dificultades en el habla y la comunicación, así como cambios en la función emocional y del comportamiento.

El manejo de las enfermedades neurodegenerativas suele requerir un enfoque multidisciplinario que involucra a médicos, terapeutas ocupacionales, fisioter-

apeutas, logopedas y cuidadores. No existe una cura definitiva para la mayoría de estas enfermedades, por lo que el tratamiento se centra en aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a sus seres queridos.

El cuidado a largo plazo y la atención integral son esenciales para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más cómoda y digna posible. La investigación médica continúa buscando tratamientos más efectivos y, en última instancia, una cura para estas afecciones devastadoras, brindando esperanza a los pacientes y sus familias.

2 Objetivos

- Describir las funciones del logopeda en varias áreas del servicio de especializada hospitalaria

3 Metodología

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

4 Resultados

El logopeda desempeña un papel crucial en la atención a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, ya que estas afecciones pueden afectar significativamente la comunicación verbal y la deglución. Aquí se detallan las funciones clave que un logopeda realiza en el cuidado de estos pacientes:

Evaluación y diagnóstico: El logopeda comienza por realizar una evaluación exhaustiva de la comunicación y la deglución del paciente. Esto incluye evaluar la capacidad para hablar, entender el lenguaje, expresarse y tragar de manera segura. La evaluación inicial es fundamental para determinar la extensión de los problemas y establecer un plan de tratamiento personalizado.

Planificación del tratamiento: Basándose en la evaluación, el logopeda desarrolla

un plan de tratamiento individualizado que aborda las necesidades específicas del paciente. Esto puede incluir ejercicios de rehabilitación del habla y el lenguaje, estrategias para mejorar la comunicación, técnicas de deglución segura y recomendaciones sobre adaptaciones en la alimentación.

Terapia de habla y lenguaje: El logopeda trabaja en estrecha colaboración con el paciente para mejorar sus habilidades de comunicación verbal. Esto puede involucrar ejercicios de pronunciación, comprensión del lenguaje y expresión oral. Se pueden utilizar técnicas de comunicación aumentativa y alternativa, como dispositivos de comunicación por voz o tableros de comunicación, si es necesario.

Terapia de deglución: Muchos pacientes con enfermedades neurodegenerativas enfrentan dificultades para tragar de manera segura. El logopeda puede enseñar técnicas de deglución segura, realizar ejercicios para fortalecer los músculos utilizados en la deglución y recomendar cambios en la dieta para evitar riesgos de aspiración.

Apoyo emocional: La comunicación afectada y la deglución problemática pueden ser fuente de frustración y estrés para el paciente. El logopeda brinda apoyo emocional al paciente y a sus seres queridos, ayudándoles a comprender los desafíos y a desarrollar estrategias para enfrentarlos.

Educación y asesoramiento: El logopeda educa al paciente y a sus cuidadores sobre la enfermedad neurodegenerativa, sus efectos en la comunicación y la deglución, y cómo abordar estos problemas en la vida diaria. Proporciona estrategias prácticas para mejorar la comunicación y la alimentación.

Seguimiento y ajuste del tratamiento: A medida que la enfermedad progresa, las necesidades del paciente pueden cambiar. El logopeda realiza un seguimiento continuo y ajusta el plan de tratamiento según sea necesario para garantizar que se aborden de manera efectiva los desafíos cambiantes.

El logopeda desempeña un papel esencial en la atención a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, ayudándoles a mantener o mejorar sus habilidades de comunicación y deglución, y proporcionando apoyo emocional tanto a los pacientes como a sus seres queridos. Su enfoque multidisciplinario contribuye significativamente a la calidad de vida de estos pacientes a pesar de los desafíos que enfrentan.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen manejo de las enfermedades neurodegenerativas, el logopeda puede brindar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, la educación es clave. Proporcionar a los pacientes y sus familias información detallada sobre la enfermedad y sus efectos en la comunicación y la deglución. Cuanto mejor comprendan la enfermedad, más preparados estarán para afrontar los desafíos.

En segundo lugar, promover la continuidad de la terapia. La terapia del habla y la deglución debe ser un proceso continuo. Recomendar que los pacientes sigan practicando las técnicas y ejercicios en casa y que programen sesiones regulares de terapia para mantener y mejorar sus habilidades.

Además, fomentar la adaptación. La enfermedad neurodegenerativa es progresiva, por lo que es fundamental adaptarse a los cambios. Ayudar a los pacientes a identificar y utilizar herramientas de comunicación aumentativa o alternativa cuando sea necesario y a ajustar sus dietas para garantizar la seguridad en la alimentación.

Finalmente, animar a la comunicación abierta. Incentivar a los pacientes a expresar sus necesidades y deseos en relación con la terapia y su calidad de vida en general. Escuchar sus preocupaciones y proporcione apoyo emocional.

En conjunto, estas recomendaciones pueden contribuir al manejo efectivo de las enfermedades neurodegenerativas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y facilitando su adaptación a los desafíos que surgen a medida que la enfermedad progresa.

6 Bibliografía

1. Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

Capítulo 634

EL LOGOPEDA EN PACIENTES CON DISFEMIA

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

1 Introducción

La disfemia, también conocida como tartamudez, es un trastorno de la fluidez del habla que se caracteriza por interrupciones involuntarias en el flujo normal de palabras y sonidos al hablar. Estas interrupciones pueden manifestarse de diversas formas, como repeticiones de sonidos o sílabas, bloqueos en la producción del habla, prolongación de sonidos y pausas no naturales.

La disfemia puede variar en su gravedad, y su inicio generalmente ocurre en la infancia, aunque también puede persistir en la edad adulta. Las causas de la disfemia no se comprenden completamente, pero se cree que involucran factores genéticos y neurológicos. El estrés y la ansiedad pueden empeorar los síntomas.

Este trastorno puede tener un impacto significativo en la autoestima y la calidad de vida de quienes lo experimentan, ya que a menudo conlleva dificultades para la comunicación efectiva. Las personas con disfemia pueden evitar situaciones sociales y profesionales que les generen ansiedad debido a su habla, lo que puede limitar sus oportunidades.

El tratamiento de la disfemia suele involucrar terapia del habla y el lenguaje,

que se centra en mejorar la fluidez del habla y ayudar al individuo a desarrollar estrategias para afrontar las situaciones desafiantes. La terapia puede incluir ejercicios de respiración, técnicas de relajación y práctica de patrones de habla más fluidos.

La disfemia es un trastorno de la fluidez del habla caracterizado por interrupciones involuntarias al hablar. Puede afectar la calidad de vida de quienes la experimentan, pero el tratamiento adecuado, como la terapia del habla y el lenguaje, puede ayudar a mejorar la fluidez y la confianza en la comunicación.

2 Objetivos

Conocer el papel del logopeda en el tratamiento de pacientes con disfemia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 logopeda desempeña un papel crucial en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con disfemia, o tartamudez. Sus funciones incluyen:

Evaluación inicial: El logopeda comienza evaluando la gravedad de la disfemia y cómo afecta la vida del paciente. Esta evaluación puede incluir observación del habla del paciente, análisis de patrones de tartamudez y recopilación de información sobre cuándo y cómo ocurre la tartamudez.

Diagnóstico: Con base en la evaluación, el logopeda establece un diagnóstico preciso de la disfemia. Esto implica identificar el tipo de tartamudez (como repeticiones, bloqueos o prolongaciones) y su gravedad.

Desarrollo de un plan de tratamiento: El logopeda crea un plan de tratamiento individualizado basado en las necesidades específicas del paciente. Este plan puede

incluir una variedad de enfoques terapéuticos, técnicas y estrategias diseñadas para mejorar la fluidez del habla y reducir la ansiedad asociada con la tartamudez.

Terapia del habla y el lenguaje: La terapia es una parte fundamental del tratamiento. El logopeda trabaja con el paciente para mejorar su fluidez mediante ejercicios específicos, práctica de patrones de habla y técnicas de relajación. Estas sesiones pueden llevarse a cabo individualmente o en grupo, según las necesidades del paciente.

Construcción de la confianza: La tartamudez puede afectar la autoestima y la confianza del paciente. El logopeda brinda apoyo emocional y ayuda al paciente a desarrollar habilidades para afrontar situaciones de comunicación desafiantes.

Asesoramiento y educación: El logopeda educa al paciente y a su familia sobre la disfemia, sus causas y cómo gestionarla en la vida diaria. Proporciona estrategias para mejorar la comunicación y reducir la ansiedad.

Seguimiento y ajuste del tratamiento: La tartamudez puede evolucionar con el tiempo. El logopeda realiza un seguimiento continuo del progreso del paciente y ajusta el plan de tratamiento según sea necesario.

Promoción de la aceptación y la inclusión: El logopeda trabaja para fomentar la aceptación de la disfemia y promover la inclusión de los pacientes en la sociedad. Esto puede implicar la sensibilización de la comunidad y la educación sobre la tartamudez.

El logopeda desempeña un papel esencial en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con disfemia. Su enfoque terapéutico y de apoyo ayuda a mejorar la fluidez del habla, la autoestima y la calidad de vida de aquellos que enfrentan este trastorno de la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Para un tratamiento efectivo de pacientes con disfemia, es fundamental seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la paciencia y la comprensión son fundamentales. La tartamudez puede ser emocionalmente desafiante, por lo que es esencial proporcionar un ambiente de apoyo donde el paciente se sienta cómodo y aceptado. Evitar la presión para hablar con fluidez y permita que el paciente hable a su propio ritmo.

En segundo lugar, la práctica constante es esencial. Alentar al paciente a realizar ejercicios y técnicas de terapia del habla de manera regular fuera de las sesiones de terapia puede acelerar el progreso. Esto incluye la práctica de patrones de habla fluidos y el uso de estrategias para reducir la ansiedad.

Además, la comunicación abierta y honesta es esencial. Mantener una línea de comunicación efectiva con el paciente y su familia, escuchando sus preocupaciones y ajustando el tratamiento según sea necesario. Brindar información y educación sobre la disfemia y cómo abordarla en la vida cotidiana.

Finalmente, fomentar la confianza y la autoestima del paciente. Ayudar a comprender que la disfemia no define su valía como persona y que pueden lograr una comunicación efectiva a pesar de los desafíos. Celebrar los logros, por pequeños que sean, puede ser un estímulo importante en el camino hacia una mayor fluidez del habla.

En conjunto, estas recomendaciones pueden contribuir a un tratamiento exitoso de la disfemia, mejorando la calidad de vida del paciente y su capacidad para comunicarse con confianza y fluidez.

6 Bibliografía

1. Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

Capítulo 635

EL LOGOPEDA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

1 Introducción

Los pacientes con trastornos de salud mental son individuos que experimentan una variedad de afecciones que afectan su bienestar emocional, psicológico y conductual. Estos trastornos pueden abarcar desde la depresión y la ansiedad hasta trastornos más graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Los pacientes con trastornos de salud mental a menudo enfrentan desafíos significativos en su vida cotidiana. Pueden experimentar síntomas que van desde cambios de humor intensos y pensamientos intrusivos hasta alucinaciones o delirios. Estos síntomas pueden afectar su capacidad para funcionar en el trabajo, en la escuela, en sus relaciones personales y en su autocuidado.

El tratamiento y el apoyo adecuados son esenciales para estos pacientes. Esto puede incluir terapia psicológica, medicación, hospitalización en casos de crisis y el apoyo de profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Además, el apoyo de la familia y la comunidad desempeña un papel crucial en el proceso de recuperación.

Es importante desterrar el estigma asociado a los trastornos de salud mental y fomentar la empatía y la comprensión. Los pacientes con trastornos de salud mental merecen respeto y apoyo en su búsqueda de una vida plena y saludable. La educación pública y la concienciación sobre los trastornos de salud mental son fundamentales para eliminar los prejuicios y garantizar que estos pacientes tengan acceso a la atención y el apoyo que necesitan.

2 Objetivos

Conocer el papel del logopeda en el tratamiento de pacientes con trastorno 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

El logopeda desempeña un papel importante en el tratamiento de pacientes con trastornos de salud mental, ya que la comunicación y el lenguaje son aspectos esenciales de la vida cotidiana y pueden verse afectados por estos trastornos. Aquí se describen las funciones clave del logopeda en el manejo de pacientes con trastornos de salud mental:

Evaluación inicial: El logopeda realiza una evaluación exhaustiva de las habilidades de comunicación y lenguaje del paciente. Esto incluye la observación de patrones de habla, la comprensión del lenguaje, la expresión verbal y no verbal, así como la evaluación de la fluidez del habla.

Diagnóstico y planificación de tratamiento: Basándose en la evaluación inicial, el logopeda establece un diagnóstico preciso y crea un plan de tratamiento individualizado. Este plan aborda las áreas específicas de dificultad en la comunicación y el lenguaje.

Terapia de comunicación: El logopeda trabaja en estrecha colaboración con el paciente para mejorar sus habilidades de comunicación. Esto puede incluir la práctica de técnicas de comunicación efectiva, la mejora de la expresión oral y la comprensión del lenguaje, así como la promoción de la autoexpresión y la confianza.

Terapia de la fluidez del habla: Para pacientes con trastornos de salud mental que afectan la fluidez del habla, el logopeda utiliza técnicas específicas para reducir la tartamudez o la disfluencia. Estas técnicas pueden incluir ejercicios de respiración, control de la velocidad del habla y estrategias de relajación.

Apoyo emocional y manejo del estrés: Los trastornos de salud mental pueden estar asociados con niveles elevados de estrés y ansiedad. El logopeda brinda apoyo emocional al paciente, ayudándolo a manejar la ansiedad relacionada con la comunicación y fomentando la confianza en sus habilidades de comunicación.

Colaboración interdisciplinaria: El logopeda trabaja en equipo con otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Esta colaboración permite un enfoque integral para abordar las necesidades del paciente.

Educación y entrenamiento: Además de trabajar directamente con el paciente, el logopeda educa a la familia y al equipo de atención sobre cómo apoyar y facilitar la comunicación efectiva del paciente en el entorno cotidiano.

5 Discusión-Conclusión

El logopeda desempeña un papel fundamental en la mejora de la comunicación y la calidad de vida de los pacientes con trastornos de salud mental. Su enfoque terapéutico y de apoyo aborda las necesidades específicas de cada paciente, promoviendo la recuperación y la autonomía en la comunicación.

6 Bibliografía

1. Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

Capítulo 636

TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO: MONITORIZACIÓN DEL ÁCIDO VALPROICO EN EL LABORATORIO

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

1 Introducción

La monitorización del ácido valproico en el laboratorio es una tarea esencial en el campo de la salud, que desafía constantemente a los profesionales de la salud a mantenerse a la vanguardia de la atención médica. Como técnico superior sanitario especializado en laboratorio, tu función en este proceso es crucial y abarca diversas dimensiones que van más allá de la mera realización de análisis químicos. En este contexto, el ácido valproico emerge como un fármaco de gran relevancia en el tratamiento de una amplia gama de trastornos neurológicos y psiquiátricos, incluyendo la epilepsia, el trastorno bipolar y la migraña, entre otros.

La necesidad de monitorizar el ácido valproico radica en la importancia de mantener sus niveles en el organismo dentro de un rango terapéutico específico. Esto es esencial para garantizar tanto la eficacia del tratamiento como la seguridad del paciente, ya que niveles inadecuados pueden conducir a una falta de control de los síntomas o, en el peor de los casos, a efectos adversos graves. La monitorización constante y precisa de los niveles de ácido valproico en el laboratorio proporciona a los médicos la información necesaria para ajustar las dosis de manera óptima, adaptándolas a las necesidades individuales de cada paciente.

En este proceso, los técnicos superiores sanitarios especializados en laboratorio desempeñan un papel esencial al llevar a cabo una serie de tareas críticas. Esto incluye la recolección de muestras de sangre u otros fluidos biológicos de los pacientes, la preparación y procesamiento de estas muestras, y la realización de pruebas analíticas precisas utilizando equipos y tecnología especializada. La exactitud y la consistencia en cada etapa son imperativas para garantizar la fiabilidad de los resultados, ya que cualquier error podría tener consecuencias significativas en la atención al paciente.

Además de la ejecución de pruebas de laboratorio, los técnicos superiores sanitarios también están involucrados en la gestión de datos y la interpretación de resultados. Esto implica la comunicación efectiva de los resultados a los profesionales de la salud que están a cargo de la atención del paciente, lo que les permite tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.

2 Objetivos

- Mostrar el papel del técnico superior sanitario especializado en laboratorio en la monitorización del ácido valproico y sus objetivos en esta materia.
- Exponer los pasos que incluye el proceso general de monitorización del ácido valproico en el laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

La monitorización del ácido valproico es un procedimiento común en el laboratorio clínico que implica la medición de los niveles de ácido valproico en la sangre de un paciente.

El ácido valproico es un medicamento que se utiliza para tratar trastornos neurológicos como la epilepsia y el trastorno bipolar. Mantener un nivel terapéutico adecuado de ácido valproico en el cuerpo es importante para asegurar que el medicamento sea efectivo y seguro.

Los objetivos del técnico superior sanitario especializado en laboratorio en este ámbito son:

- El objetivo principal es asegurarse de que los pacientes que reciben ácido valproico estén dentro del rango terapéutico seguro. Esto implica minimizar el riesgo de efectos secundarios o toxicidad relacionada con el medicamento.
- Asegurar que los niveles de ácido valproico estén en el rango terapéutico adecuado para controlar los síntomas de la enfermedad para la que se está utilizando, como la epilepsia o el trastorno bipolar.

El proceso general de monitorización del ácido valproico en el laboratorio incluye los siguientes pasos:

1. **Recolección de muestra:** Se toma una muestra de sangre del paciente, generalmente a través de una venopunción en el brazo. Esta muestra se coloca en un tubo de ensayo o contenedor especial para su procesamiento posterior.
2. **Procesamiento de la muestra:** La muestra de sangre se procesa en el laboratorio para separar el suero o plasma sanguíneo, que es la parte líquida de la sangre, de los elementos formes de la sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas). El suero o plasma se utiliza para medir los niveles de ácido valproico.
3. **Análisis químico:** Se realiza un análisis químico específico para medir la concentración de ácido valproico en el suero o plasma. Esto se hace generalmente mediante técnicas de cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) o análisis de espectrofotometría.
4. **Interpretación de resultados:** Una vez que se obtienen los resultados del análisis, un profesional de la salud, como un farmacéutico o médico, evalúa los niveles de ácido valproico en relación con el rango terapéutico deseado y la respuesta clínica del paciente. Se pueden realizar ajustes en la dosis del medicamento según sea necesario.

Es importante destacar que los resultados de la monitorización del ácido valproico deben ser interpretados por profesionales de la salud con experiencia en el manejo de este medicamento y el tratamiento de las condiciones médicas asociadas. Si tienes preguntas o inquietudes sobre tu tratamiento con ácido valproico, te recomiendo hablar con tu médico o un profesional de la salud capacitado.

5 Discusión-Conclusión

La monitorización del ácido valproico en el laboratorio es un procedimiento esencial para garantizar la eficacia y seguridad del tratamiento de pacientes que reciben este medicamento para tratar trastornos neurológicos como la epilepsia y el trastorno bipolar. Este proceso implica la recolección de una muestra de sangre del paciente, su procesamiento en el laboratorio y la posterior medición de los niveles de ácido valproico en el suero o plasma sanguíneo.

Las conclusiones clave son las siguientes:

1. La monitorización regular de los niveles de ácido valproico es fundamental para asegurar que los pacientes mantengan niveles terapéuticos adecuados en su sangre, lo que maximiza la eficacia del tratamiento y minimiza el riesgo de efectos secundarios.
2. Los resultados de la monitorización deben ser interpretados por profesionales de la salud capacitados, como médicos y farmacéuticos, que pueden ajustar la dosis del medicamento según sea necesario para lograr un equilibrio óptimo entre el control de la enfermedad y la seguridad del paciente.
3. La monitorización del ácido valproico es una parte esencial del manejo integral de pacientes con trastornos neurológicos, y su seguimiento cuidadoso puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En definitiva, la monitorización del ácido valproico en el laboratorio es una herramienta valiosa para el manejo clínico de pacientes con trastornos neurológicos y juega un papel fundamental en la optimización de su tratamiento.

6 Bibliografía

1. Chadwick D. Comparación de monoterapia con valproato y otros medicamentos antiepilépticos en el tratamiento de trastornos de convulsiones. *Am J Med* 1988; 84 (supl. 1A): 3-6.

2. Wallace SJ. Uso de ethosuximida y valproato en el tratamiento de la epilepsia. *Neurol Clin* 1986; 4: 601-616.
3. Rimmer EM, Richens A. Actualización sobre el valproato sódico. *Pharmacotherapy* 1985; 5: 171-184.
4. Gram L, Bentsen KD. Valproato: una revisión actualizada. *Acta Neurol Scand* 1985; 72: 129-139.

Capítulo 637

UTILIDADES DE LA DETERMINACIÓN DE ALDOSTERONA EN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

1 Introducción

La determinación de aldosterona es una herramienta fundamental en el ámbito del laboratorio clínico y desempeña un papel crucial en el diagnóstico y manejo de diversas condiciones médicas relacionadas con el equilibrio electrolítico y la regulación de la presión arterial. En este contexto, el rol del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio cobra una importancia destacada, ya que es este profesional quien desempeña un papel esencial en la realización de análisis y pruebas para evaluar los niveles de aldosterona en muestras biológicas.

La aldosterona es una hormona esteroidea producida por las glándulas suprarrenales, y su función principal es regular los niveles de sodio y potasio en el

cuerpo, así como mantener la presión arterial dentro de rangos normales. Cuando se producen desequilibrios en la secreción de aldosterona, pueden surgir afecciones graves como la hipertensión arterial, el hiperaldosteronismo primario, la insuficiencia cardíaca congestiva y otros trastornos endocrinos y renales.

En este contexto, el técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel esencial en la detección y cuantificación de aldosterona en muestras de suero o plasma sanguíneo, orina, o incluso en muestras de tejido. La precisión y la confiabilidad de estos análisis son críticas para el diagnóstico temprano y el seguimiento de pacientes con estas condiciones médicas.

En este artículo, exploraremos en detalle las diversas utilidades de la determinación de aldosterona en el laboratorio clínico, así como el papel crucial que desempeña el técnico superior sanitario en laboratorio en este proceso. Discutiremos los métodos analíticos empleados, los valores de referencia, las indicaciones clínicas y las implicaciones para el manejo de pacientes con trastornos relacionados con la aldosterona. Además, destacaremos la importancia de la formación continua y la actualización de conocimientos para mantenerse al día en este campo en constante evolución.

En definitiva, este artículo busca arrojar luz sobre la relevancia de la determinación de aldosterona en el ámbito de la salud y el bienestar, así como reconocer el valioso papel que desempeñan los técnicos superior sanitario en laboratorio en la prestación de atención médica de calidad.

2 Objetivos

- Identificar y confirmar trastornos endocrinos relacionados con la aldosterona, como el hiperaldosteronismo primario o secundario, que pueden tener graves consecuencias para la salud si no se detectan y tratan adecuadamente.
- Contribuir al diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, ya que los desequilibrios en los niveles de aldosterona pueden ser una causa subyacente de esta condición.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 determinación de aldosterona en un laboratorio clínico llevada a cabo por un Técnico Superior Sanitario (TSS) tiene varias utilidades y aplicaciones en el ámbito de la salud. La aldosterona es una hormona producida por las glándulas suprarrenales que desempeña un papel importante en la regulación de los niveles de sodio y potasio en el cuerpo, así como en la regulación de la presión arterial. Aquí se presentan algunas de las utilidades más importantes de la determinación de aldosterona en el TSS en laboratorio:

1. Diagnóstico de enfermedades relacionadas con las glándulas suprarrenales: La medición de los niveles de aldosterona en sangre puede ayudar en el diagnóstico de trastornos suprarrenales como el síndrome de Conn (hiperaldosteronismo primario) o el síndrome de Cushing, que pueden afectar la producción de aldosterona.
2. Evaluación de la hipertensión arterial: La aldosterona desempeña un papel en la regulación de la presión arterial al influir en la retención de sodio y la eliminación de potasio en los riñones. La determinación de aldosterona puede ayudar a identificar causas de hipertensión arterial secundaria, como el hiperaldosteronismo primario.
3. Monitorización de trastornos electrolíticos: La aldosterona también está involucrada en el equilibrio de electrolitos en el cuerpo, especialmente en la regulación de los niveles de sodio y potasio. La medición de aldosterona puede ser útil en la evaluación de trastornos electrolíticos como la hiponatremia (bajos niveles de sodio) o la hipokalemia (bajos niveles de potasio).
4. Evaluación de la función renal: Los cambios en los niveles de aldosterona pueden afectar la función renal al influir en la excreción de sodio y potasio. La determinación de aldosterona puede proporcionar información sobre la función renal y ayudar en el diagnóstico de enfermedades renales.
5. Seguimiento de la respuesta al tratamiento: En casos de trastornos relacionados con la aldosterona, como el hiperaldosteronismo primario, la determinación de aldosterona se utiliza para monitorizar la respuesta al tratamiento médico o quirúrgico y ajustar la terapia según sea necesario.

Es importante destacar que la interpretación de los resultados de aldosterona debe realizarse en el contexto clínico adecuado y en colaboración con un médico, ya que los cambios en los niveles de aldosterona pueden ser indicativos de diversas condiciones médicas. El Técnico Superior Sanitario en laboratorio desempeña un papel crucial en la obtención de resultados precisos y fiables para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos relacionados con la aldosterona.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la determinación de aldosterona en un laboratorio clínico realizado por un técnico superior sanitario (TSS) desempeña un papel esencial en el ámbito de la salud al brindar información valiosa sobre varios aspectos clave del funcionamiento del cuerpo y el diagnóstico de diversas condiciones médicas. Esta prueba tiene aplicaciones importantes en el diagnóstico y seguimiento de trastornos relacionados con las glándulas suprarrenales, la hipertensión arterial, los trastornos electrolíticos y la función renal.

Además, la medición de aldosterona puede ser crucial para evaluar la eficacia del tratamiento y ajustarlo según sea necesario. Sin embargo, es fundamental subrayar que la interpretación de los resultados de aldosterona debe realizarse en colaboración con un médico, ya que los cambios en los niveles de esta hormona pueden ser indicativos de diversas condiciones médicas, y se requiere un enfoque clínico integral para un diagnóstico y tratamiento adecuados. En última instancia, el técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel esencial al garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados, contribuyendo así al cuidado y bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Hipertensión arterial: regulación hormonal y exploración bioquímica. Capítulo 2 (Sistema Renina- angiotensina-aldosterona: aspectos metodológicos. Comité de publicaciones de la SEQC.

Capítulo 638

TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO EN MEDIO DE CULTIVO TODD HEWITT EN LA SECCIÓN DE GENITOURINARIO

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

1 Introducción

En el mundo de la salud y la medicina, los laboratorios desempeñan un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. En particular, la sección de Genitourinario se dedica al estudio de las afecciones relacionadas con los órganos genitales y el sistema urinario, y es aquí donde entra en juego el técnico superior sanitario en laboratorio en medio de cultivo Todd Hewitt. Este profesional altamente especializado es esencial para el funcionamiento efectivo de los laboratorios clínicos, donde su experiencia en la preparación y análisis de cultivos en medios de cultivo Todd Hewitt se convierte en un pilar fundamental en la detección y estudio de patologías genitourinarias.

Este perfil combina habilidades técnicas avanzadas con un compromiso inquebrantable hacia la precisión y la excelencia en el ámbito de la salud. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio en Medio de Cultivo Todd Hewitt en la sección de genitourinario son responsables de cultivar y mantener microorganismos relevantes en medios de cultivo específicos, contribuyendo así al diagnóstico y seguimiento de condiciones médicas críticas, como infecciones de transmisión sexual, trastornos del sistema urinario y cánceres genitourinarios.

Esta profesión requiere una combinación única de destrezas técnicas, conocimientos científicos y un profundo respeto por la confidencialidad y la ética médica. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio en medio de cultivo Todd Hewitt en la sección de genitourinario desempeñan un papel esencial en el apoyo a médicos y especialistas en el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de enfermedades que afectan a una parte fundamental de la anatomía humana. En esta introducción, exploraremos en detalle las responsabilidades, competencias y el impacto que este profesional tiene en el campo de la medicina.

2 Objetivos

- Brindar información clara y concisa sobre la profesión de técnico superior sanitario en laboratorio en medio de cultivo Todd Hewitt en la sección de genitourinario.
- Mostrar la importancia de este perfil en el ámbito de la salud y la medicina.
- Despertar el interés en esta profesión especializada y en el funcionamiento de los laboratorios clínicos en el contexto de las afecciones genitourinarias.
- Exponer la relevancia y la fascinación de este campo.

3 Metodología

Para alcanzar dichos objetivos establecidos, la metodología utilizada se basa principalmente en una revisión bibliográfica de la materia a estudiar. Para ello se consultaron libros, artículos y textos realizados por autores de gran importancia en el tema. Se ha recopilado información relevante de diferentes bases de datos: PubMed, Scielo, Cuiden Plus, Dialnet, revistas científicas, etc.

4 Resultados

Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio desempeñan un papel crucial en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades, incluyendo aquellas relacionadas con la sección genitourinaria. Realizan una variedad de pruebas y análisis en muestras biológicas, como orina, sangre y fluidos genitales, para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas.

Aquí tienes una descripción más amplia de las responsabilidades y posibles resultados asociados con esta área de trabajo:

1. **Cultivo de Microorganismos:** En la sección de Genitourinario, uno de los principales usos del medio de cultivo Todd Hewitt es el cultivo de microorganismos presentes en muestras genitourinarias, como orina o hisopos uretrales. Los resultados pueden incluir la identificación y cuantificación de bacterias, virus u hongos en estas muestras. Esto es fundamental para el diagnóstico de infecciones del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y otras condiciones genitourinarias.
2. **Sensibilidad a Antibióticos:** Además de identificar los microorganismos, los técnicos también pueden llevar a cabo pruebas de sensibilidad a antibióticos. Esto implica exponer las bacterias a diferentes antibióticos para determinar cuáles son efectivos y cuáles no. Los resultados ayudan a los médicos a elegir el tratamiento adecuado para combatir una infección.
3. **Análisis de Sedimento Urinario:** Los técnicos pueden examinar el sedimento urinario bajo el microscopio para detectar células sanguíneas, células epiteliales, cristales y otras anomalías. Esto puede proporcionar información importante sobre la salud del tracto urinario y ayudar en el diagnóstico de condiciones como cálculos renales o enfermedades renales.
4. **Pruebas de Marcadores Genéticos y Biomarcadores:** En algunos casos, se pueden realizar pruebas de marcadores genéticos o biomarcadores específicos para detectar enfermedades genitourinarias hereditarias o para el seguimiento de tratamientos y la evolución de enfermedades crónicas, como el cáncer de vejiga o el cáncer de próstata.
5. **Informes de Resultados:** Los resultados de estas pruebas se documentan cuidadosamente en informes de laboratorio. Los técnicos pueden colaborar estrechamente con los médicos para interpretar estos resultados y proporcionar información crucial para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
6. **Control de Calidad y Mantenimiento de Equipos:** Además de realizar pruebas, los técnicos también son responsables de mantener el equipo de laboratorio en óptimas condiciones y de seguir estrictos protocolos de control de calidad para

garantizar la precisión de los resultados.

En resumen, el trabajo de un técnico superior sanitario en laboratorio en medio de cultivo en la sección de genitourinario implica una amplia variedad de tareas relacionadas con el diagnóstico y seguimiento de enfermedades genitourinarias. Los resultados específicos dependen de las pruebas realizadas y de la situación clínica de cada paciente, y estos resultados son fundamentales para guiar el tratamiento médico adecuado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de un técnico superior sanitario en laboratorio en la sección de genitourinario es esencial en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades relacionadas con el sistema genitourinario. Sus responsabilidades incluyen la realización de una variedad de pruebas y análisis en muestras biológicas, el cultivo de microorganismos, la identificación de patógenos, la evaluación de la sensibilidad a antibióticos y el análisis de sedimento urinario, entre otros. A través de estas actividades, se obtienen resultados cruciales que ayudan a los médicos a diagnosticar enfermedades, elegir tratamientos adecuados y monitorizar la evolución de las condiciones de los pacientes.

Además, los técnicos en laboratorio desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de equipos y en el control de calidad para garantizar la precisión y fiabilidad de los resultados. Su trabajo contribuye significativamente a la atención médica al proporcionar información precisa y oportuna que guía las decisiones clínicas.

En definitiva, los técnicos superiores sanitarios en laboratorio en la sección de genitourinario desempeñan un papel crítico en la atención médica al facilitar diagnósticos precisos y contribuir al tratamiento efectivo de enfermedades genitourinarias, lo que a su vez mejora la calidad de vida de los pacientes y contribuye a la salud pública en general.

6 Bibliografía

1. https://www.britanialab.com/back/public/upload/productos/upl_607095f55395c.pdf.
2. <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/bacteriologia/agalac.pdf>.

Capítulo 639

TERAPIA MANUAL EN FISIOTERAPIA: EFECTIVIDAD Y APLICACIONES CLÍNICAS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

1 Introducción

La terapia manual en fisioterapia es una disciplina ampliamente reconocida y utilizada en el campo de la salud y la rehabilitación. Se trata de un enfoque terapéutico altamente especializado que se basa en la manipulación de tejidos blandos y estructuras músculo-esqueléticas con el objetivo de aliviar el dolor, mejorar la función física y promover la recuperación de pacientes que presentan una variedad de trastornos músculo-esqueléticos y neuromusculares. Esta técnica ha sido objeto de intensa investigación y desarrollo a lo largo de las últimas décadas, y su efectividad y aplicaciones clínicas han sido el foco de numerosos estudios científicos.

La terapia manual se distingue por la habilidad de los fisioterapeutas para utilizar sus manos de manera experta y precisa, aplicando presión, movimientos y téc-

nicas específicas en áreas clave del cuerpo. Estas intervenciones pueden incluir manipulaciones articulares, técnicas de movilización, estiramientos musculares, masaje terapéutico y otros métodos destinados a restaurar la función normal del sistema músculo-esquelético y aliviar el dolor. A través de la evaluación cuidadosa de la biomecánica del paciente, la Terapia Manual busca identificar disfunciones y desequilibrios en el cuerpo, permitiendo un enfoque individualizado para el tratamiento.

La terapia manual en fisioterapia se ha demostrado en una amplia gama de condiciones clínicas. Desde lesiones deportivas hasta problemas crónicos de espalda, pasando por trastornos neuromusculares y postoperatorios, esta modalidad de tratamiento ha mostrado beneficios significativos en términos de reducción del dolor, mejora de la movilidad, aumento de la fuerza y funcionalidad, así como una aceleración en el proceso de recuperación. Además, se ha convertido en una herramienta esencial en la gestión del dolor crónico y en la prevención de futuras lesiones.

Las aplicaciones clínicas de la terapia manual son diversas y abarcan una amplia variedad de pacientes, desde atletas de alto rendimiento hasta personas de edad avanzada con enfermedades degenerativas. Los fisioterapeutas especializados en la terapia manual son capaces de adaptar sus técnicas para satisfacer las necesidades específicas de cada individuo, lo que la convierte en una opción de tratamiento versátil y personalizada. Además, se ha observado que esta terapia puede tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la dependencia de medicamentos para el dolor y mejorando su bienestar general.

2 Objetivos

- Mostrar la efectividad de la terapia manual en fisioterapia, describiendo sus beneficios.
- Exponer las aplicaciones clínicas de la terapia manual en fisioterapia.

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 terapia manual es una técnica ampliamente utilizada en fisioterapia para tratar una variedad de condiciones músculo-esqueléticas. A continuación, se proporciona información general sobre la efectividad y las aplicaciones clínicas de la terapia manual en fisioterapia:

Efectividad de la Terapia Manual en Fisioterapia:

La terapia manual ha demostrado ser efectiva en numerosos estudios y en la práctica clínica para el tratamiento de diversas afecciones músculo-esqueléticas. Algunos de los beneficios de la terapia manual incluyen:

1. Alivio del dolor: La terapia manual puede reducir el dolor en pacientes con afecciones como dolor lumbar, cervical o articulaciones periféricas.
2. Mejora de la función articular: La movilización y manipulación de las articulaciones pueden mejorar la amplitud de movimiento y la función articular.
3. Reducción de la inflamación: Algunas técnicas de terapia manual pueden ayudar a reducir la inflamación en tejidos blandos.
4. Mejora de la circulación: La terapia manual puede mejorar la circulación sanguínea y linfática, lo que puede acelerar la curación.
5. Promoción de la relajación muscular: La liberación miofascial y otras técnicas de terapia manual pueden ayudar a relajar los músculos tensos y mejorar la flexibilidad.

Aplicaciones Clínicas de la Terapia Manual:

La terapia manual se utiliza en una amplia gama de afecciones y situaciones clínicas, que incluyen:

1. Dolor de espalda: La terapia manual es comúnmente utilizada para tratar el dolor lumbar y cervical, incluyendo hernias de disco y estenosis espinal.
2. Lesiones deportivas: Los fisioterapeutas a menudo aplican terapia manual para rehabilitar lesiones deportivas como esguinces, distensiones musculares y tendinitis.
3. Osteoartritis: La terapia manual puede ayudar a aliviar el dolor y mejorar la función en pacientes con osteoartritis, especialmente en las articulaciones de las rodillas y las caderas.
4. Dolores de cabeza: Algunos tipos de cefaleas, como las cefaleas cervicogénicas, pueden responder bien a la terapia manual.

5. Síndrome del túnel carpiano: La terapia manual puede ser parte de un enfoque integral para tratar el síndrome del túnel carpiano.
6. Fibromialgia En algunos casos, la terapia manual puede ayudar a aliviar los síntomas de la fibromialgia, como el dolor muscular y la rigidez.
7. Rehabilitación postoperatoria: Después de cirugías ortopédicas, la terapia manual puede ser crucial para restaurar la función y la movilidad.

Es importante destacar que la terapia manual debe ser realizada por fisioterapeutas capacitados y licenciados, y debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. Antes de comenzar cualquier tratamiento de terapia manual, se debe realizar una evaluación completa para determinar la afección subyacente y el enfoque terapéutico más adecuado.

5 Discusión-Conclusión

La terapia manual en fisioterapia es una disciplina terapéutica altamente efectiva y valiosa que ha demostrado su utilidad en una amplia gama de condiciones músculo-esqueléticas. A lo largo de las décadas, ha evolucionado y se ha refinado con base en la investigación científica y la experiencia clínica, lo que ha llevado a una comprensión más profunda de sus mecanismos de acción y su aplicación en la atención médica.

La terapia manual se destaca por su capacidad para aliviar el dolor, mejorar la movilidad articular, promover la circulación y reducir la inflamación. Estas son características críticas en el manejo de trastornos como el dolor lumbar, cervical, la osteoartritis y las lesiones deportivas, entre otros. Además, su enfoque en la evaluación individualizada de cada paciente garantiza que se adapte a las necesidades y condiciones específicas, lo que aumenta su efectividad.

Además de sus beneficios en el tratamiento de afecciones músculo-esqueléticas, la terapia manual también puede desempeñar un papel esencial en la rehabilitación postoperatoria. Facilita la recuperación de la función y la movilidad después de cirugías ortopédicas y puede acelerar el proceso de recuperación.

Sin embargo, es crucial enfatizar que la terapia manual debe ser llevada a cabo por fisioterapeutas con la formación y la experiencia adecuadas. La elección de las técnicas específicas y su aplicación precisa requieren un conocimiento profundo de la anatomía, la biomecánica y la fisiología del cuerpo humano. Una evaluación exhaustiva, un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento individualizado son esenciales para lograr resultados exitosos.

En última instancia, la terapia manual en fisioterapia es un recurso valioso en el arsenal de herramientas de atención médica para el manejo de afecciones músculo-esqueléticas. Su efectividad y aplicaciones clínicas respaldadas por la ciencia continúan contribuyendo de manera significativa a la mejora de la calidad de vida de las personas que buscan alivio del dolor y la restauración de la función.

6 Bibliografía

1. Fisioterapia Manual por Javier González Rodríguez y Juan José González González.
2. Terapia Manual en el Tratamiento de las Alteraciones Músculo-esqueléticas de la Región Cervical por José Santos Heredero Bermejo y José Santos Heredero Bermejo.

Capítulo 640

TÉCNICAS AVANZADAS DE FISIOTERAPIA EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

1 Introducción

La fisioterapia ha desempeñado un papel fundamental en el tratamiento y la gestión del dolor crónico a lo largo de la historia de la atención médica. Sin embargo, en las últimas décadas, ha habido un cambio notable en la forma en que los profesionales de la fisioterapia abordan este desafío clínico complejo. En lugar de limitarse a enfoques tradicionales, se ha producido un crecimiento significativo en el campo de las Técnicas Avanzadas de Fisioterapia en el Abordaje del Dolor Crónico.

El dolor crónico es una afección debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo, y su gestión se ha convertido en un desafío médico y social de gran relevancia. A menudo, está asociado con una amplia variedad de condiciones

médicas, como enfermedades musculoesqueléticas, neuropatías, trastornos autoinmunes y otras afecciones debilitantes. Además, el dolor crónico no solo causa malestar físico, sino que también puede tener un impacto devastador en la calidad de vida de los pacientes, sus relaciones personales y su capacidad para llevar una vida normal.

Las Técnicas Avanzadas de Fisioterapia en el Abordaje del Dolor Crónico representan un enfoque integral y multidisciplinario para el tratamiento del dolor persistente. Estas técnicas se basan en la evidencia científica más reciente y se apoyan en una comprensión profunda de la neurofisiología del dolor. Los fisioterapeutas que se especializan en este campo están capacitados para evaluar y tratar de manera efectiva las complejas interacciones entre el sistema nervioso central, el sistema musculoesquelético y otros sistemas del cuerpo que contribuyen al dolor crónico.

En esta era de avances médicos y tecnológicos, las Técnicas Avanzadas de Fisioterapia en el Abordaje del Dolor Crónico se han convertido en un recurso invaluable para mejorar la vida de las personas que sufren dolor persistente. Estas técnicas van más allá de los tratamientos convencionales y se enfocan en la identificación precisa de las causas subyacentes del dolor, la rehabilitación funcional y la promoción de la autonomía de los pacientes. Además, se utilizan métodos innovadores y tecnología de vanguardia, como la terapia manual avanzada, la terapia de ejercicios individualizados, la electroterapia de alta frecuencia y la biofeedback, entre otros, para abordar el dolor crónico desde múltiples perspectivas.

2 Objetivos

Proporcionar información precisa y actualizada sobre las técnicas avanzadas de fisioterapia en el tratamiento del dolor crónico.

El dolor crónico es una afección que afecta a un gran número de personas en todo el mundo, y a menudo es subdiagnosticado o malentendido. Nuestro objetivo es crear conciencia sobre la importancia de abordar el dolor crónico de manera efectiva y multidisciplinaria.

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 fisioterapia desempeña un papel fundamental en el tratamiento del dolor crónico, y existen numerosas técnicas avanzadas que los fisioterapeutas pueden emplear para ayudar a los pacientes a manejar su dolor de manera efectiva. Estas técnicas suelen ser parte de un enfoque integral y personalizado para abordar el dolor crónico y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Algunas de estas técnicas incluyen:

1. **Terapia manual avanzada:** Los fisioterapeutas utilizan técnicas manuales especializadas, como la terapia miofascial, la manipulación articular y la liberación de puntos gatillo, para aliviar la tensión muscular, mejorar la movilidad y reducir el dolor.
2. **Neuroeducación:** Ayudar a los pacientes a comprender la naturaleza del dolor crónico y cómo afecta su sistema nervioso puede ser una parte crucial del tratamiento. La educación sobre el dolor puede ayudar a cambiar la percepción del paciente y reducir el miedo al movimiento.
3. **Ejercicio terapéutico personalizado:** Los fisioterapeutas diseñan programas de ejercicios específicos para cada paciente, teniendo en cuenta sus necesidades, limitaciones y objetivos. Estos programas pueden incluir ejercicios de fortalecimiento, estiramiento y movilidad.
4. **Biofeedback y neurofeedback:** Estas técnicas permiten a los pacientes aprender a controlar sus respuestas fisiológicas al dolor y al estrés. Pueden ayudar a reducir la percepción del dolor y mejorar la relajación.
5. **Estimulación eléctrica:** Técnicas como la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y la estimulación neuromuscular eléctrica (NMES) se utilizan para aliviar el dolor y mejorar la función muscular.

6. **Terapia cognitivo-conductual:** Esta terapia se enfoca en cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento negativos que pueden contribuir al dolor crónico. Puede ser útil para ayudar a los pacientes a manejar el estrés y la ansiedad relacionados con el dolor.

7. **Terapia acuática:** El ejercicio en el agua puede ser beneficioso para pacientes con dolor crónico, ya que reduce la carga en las articulaciones y permite un rango de movimiento más amplio.

8. **Terapia de relajación:** Técnicas como la respiración profunda, la meditación y el yoga pueden ayudar a reducir la tensión muscular y el estrés, lo que a su vez puede aliviar el dolor crónico.

Es importante destacar que el abordaje del dolor crónico a menudo requiere un enfoque multidisciplinario en el que los fisioterapeutas trabajen en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, psicólogos y especialistas en manejo del dolor, para proporcionar un tratamiento integral y efectivo.

Ten en cuenta que siempre debes consultar a un fisioterapeuta o profesional de la salud para determinar cuál es la mejor estrategia de tratamiento para tu situación específica de dolor crónico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las técnicas avanzadas de fisioterapia desempeñan un papel esencial en el abordaje del dolor crónico, ofreciendo una amplia gama de enfoques terapéuticos que van más allá de los tratamientos convencionales. El dolor crónico es una condición compleja y debilitante que afecta la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo. La fisioterapia, a través de estas técnicas avanzadas, se convierte en un recurso valioso para ayudar a los pacientes a gestionar y, en muchos casos, a superar el dolor crónico.

Las terapias manuales avanzadas, como la terapia miofascial y la liberación de puntos gatillo, proporcionan alivio al reducir la tensión muscular y mejorar la movilidad. La neuroeducación desempeña un papel crucial al empoderar a los pacientes con conocimiento sobre el dolor, permitiéndoles comprender mejor su condición y abordarla de manera más efectiva. Los programas de ejercicio personalizados no solo mejoran la fuerza y la flexibilidad, sino que también ayudan a mantener una función óptima.

La tecnología, en forma de biofeedback y estimulación eléctrica, abre nuevas puertas en el manejo del dolor al permitir a los pacientes influir en sus respuestas fisiológicas al dolor. La terapia cognitivo-conductual aborda las dimensiones emocionales y psicológicas del dolor crónico, promoviendo cambios positivos en el pensamiento y el comportamiento. Las terapias complementarias, como la acuática y la de relajación, ofrecen enfoques alternativos que pueden ser beneficiosos para algunos pacientes.

No obstante, es importante enfatizar que el tratamiento del dolor crónico rara vez es una solución única. Un enfoque multidisciplinario, en el que los fisioterapeutas colaboran con otros profesionales de la salud, es a menudo la clave para el éxito. Esto puede incluir médicos que recetan medicamentos, psicólogos que brindan apoyo emocional y especialistas en manejo del dolor que ofrecen enfoques más avanzados cuando sea necesario.

En última instancia, la elección de las técnicas de fisioterapia avanzadas depende de la evaluación individual de cada paciente y sus necesidades específicas. Lo que es innegable es que estas técnicas han revolucionado la atención del dolor crónico, brindando esperanza y mejor calidad de vida a quienes enfrentan esta desafiante condición. La fisioterapia, como parte integral de un enfoque holístico, continúa siendo un recurso invaluable en la lucha contra el dolor crónico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 641

REHABILITACIÓN CARDIOPULMONAR: ROL DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CARDÍACOS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

1 Introducción

La rehabilitación cardiopulmonar es un componente esencial en el manejo integral de pacientes que han experimentado eventos cardíacos o pulmonares, como infartos de miocardio, cirugías cardíacas, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o trasplantes de pulmón. Este proceso terapéutico busca mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional de estos individuos, promoviendo la recuperación física y emocional, así como reduciendo el riesgo de futuras complicaciones cardiovasculares o pulmonares.

En este contexto, el rol de la fisioterapia se convierte en un componente fundamental de la rehabilitación cardiopulmonar, ya que los fisioterapeutas desem-

peñan un papel crucial en la evaluación, tratamiento y educación de los pacientes cardíacos. Su experiencia en el manejo de afecciones musculoesqueléticas, respiratorias y cardiovasculares los convierte en profesionales idóneos para abordar los desafíos físicos y funcionales que enfrentan estos pacientes.

La fisioterapia cardiopulmonar se enfoca en un enfoque integral, adaptando cuidadosamente los planes de tratamiento a las necesidades específicas de cada paciente. Esto implica una evaluación exhaustiva de la capacidad física, la función cardiopulmonar y la movilidad, así como una consideración de los factores de riesgo individuales y las metas terapéuticas. Los fisioterapeutas diseñan programas de ejercicio personalizados que incluyen ejercicios aeróbicos, fortalecimiento muscular y ejercicios de flexibilidad, todo ello supervisado y ajustado de manera continua para maximizar la seguridad y eficacia.

Además de la actividad física, los fisioterapeutas desempeñan un papel esencial en la educación de los pacientes sobre la adopción de un estilo de vida saludable, incluyendo la promoción de una dieta equilibrada, la cesación del tabaquismo y la gestión del estrés. También ayudan a los pacientes a comprender sus medicamentos y controlar sus signos y síntomas, lo que puede ser fundamental en la prevención de recaídas y complicaciones.

La monitorización continua es una parte integral de la rehabilitación cardiopulmonar, y los fisioterapeutas están capacitados para identificar cualquier signo de deterioro en la salud de un paciente y tomar medidas adecuadas para abordarlo. Trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como cardiólogos, enfermeras y psicólogos, para garantizar un enfoque multidisciplinario y completo en el cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

Conocer el papel del fisioterapeuta en la rehabilitación cardiopulmonar.

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 rehabilitación cardiopulmonar es un componente importante en el manejo de pacientes cardíacos, y la fisioterapia desempeña un papel fundamental en este proceso. Aquí tienes algunos resultados y consideraciones clave relacionados con el rol de la fisioterapia en la rehabilitación cardiopulmonar de pacientes cardíacos:

1. ****Mejora de la capacidad cardiovascular:**** La fisioterapia en pacientes cardíacos se centra en mejorar la capacidad cardiovascular a través de ejercicios de bajo impacto y gradualmente aumentar la intensidad. Esto ayuda a los pacientes a recuperar la resistencia y a reducir la fatiga.
2. ****Control de factores de riesgo:**** Los fisioterapeutas también trabajan en la educación de los pacientes sobre la gestión de factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol elevado y la diabetes, que son factores que contribuyen a enfermedades cardíacas.
3. ****Fortalecimiento muscular:**** La fisioterapia incluye ejercicios de fortalecimiento muscular, especialmente aquellos que se centran en la musculatura del pecho y la espalda, para mejorar la capacidad respiratoria y la función cardíaca.
4. ****Mejora de la función pulmonar:**** Los fisioterapeutas pueden emplear técnicas de fisioterapia respiratoria para ayudar a los pacientes a mejorar su función pulmonar y reducir la sensación de falta de aire.
5. ****Supervisión y seguridad:**** La fisioterapia en rehabilitación cardiopulmonar se realiza bajo la supervisión de profesionales de la salud para garantizar la seguridad de los pacientes y ajustar el programa según sus necesidades individuales.
6. ****Educación sobre el estilo de vida:**** Además de los aspectos físicos, los fisioterapeutas también educan a los pacientes sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable, que incluye una dieta equilibrada y la cesación del tabaquismo, para reducir el riesgo de futuros eventos cardíacos.
7. ****Apoyo emocional:**** La rehabilitación cardiopulmonar también puede ser emocionalmente desafiante para los pacientes. Los fisioterapeutas pueden proporcionar apoyo emocional y motivación para ayudar a los pacientes a cumplir con su programa de rehabilitación.
8. ****Mejora de la calidad de vida:**** En última instancia, el objetivo de la rehabil-

itación cardiopulmonar es mejorar la calidad de vida de los pacientes cardíacos, ayudándoles a recuperar su independencia funcional y reducir el riesgo de eventos cardíacos futuros.

Es importante destacar que la fisioterapia en pacientes cardíacos se adapta a las necesidades individuales de cada paciente y se realiza en colaboración con otros profesionales de la salud, como cardiólogos y nutricionistas, para brindar un enfoque integral en el manejo de las enfermedades cardíacas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol de la fisioterapia en la rehabilitación cardiopulmonar de pacientes cardíacos es esencial y multifacético. Esta disciplina desempeña un papel crucial en la recuperación y el manejo de las enfermedades cardiovasculares, ayudando a los pacientes a mejorar su capacidad cardiovascular, reducir los factores de riesgo, fortalecer los músculos cardíacos y respiratorios, y, en última instancia, mejorar su calidad de vida.

Uno de los aspectos más destacados de la fisioterapia en este contexto es su capacidad para diseñar programas de ejercicios seguros y efectivos. Los fisioterapeutas trabajan de cerca con los pacientes, adaptando cuidadosamente los ejercicios a sus necesidades individuales y niveles de condición física. Esto es especialmente importante para evitar el sobreentrenamiento o el riesgo de complicaciones en pacientes con afecciones cardíacas.

La educación es otro componente crucial de la fisioterapia en la rehabilitación cardiopulmonar. Los fisioterapeutas desempeñan un papel fundamental al informar a los pacientes sobre la gestión de factores de riesgo, como la hipertensión y la diabetes, así como sobre la adopción de un estilo de vida más saludable, que incluye una dieta equilibrada y la cesación del tabaquismo.

Además de los aspectos físicos, la fisioterapia también se preocupa por el bienestar emocional de los pacientes. La recuperación de una enfermedad cardíaca puede ser emocionalmente desafiante, y los fisioterapeutas proporcionan apoyo emocional y motivación para ayudar a los pacientes a superar esos desafíos y mantener la adherencia a su programa de rehabilitación.

En última instancia, el objetivo de la rehabilitación cardiopulmonar es mejorar la calidad de vida de los pacientes cardíacos. La fisioterapia, en colaboración con otros profesionales de la salud, contribuye significativamente a este objetivo al

permitir que los pacientes recuperen su independencia funcional, reduzcan el riesgo de eventos cardíacos futuros y disfruten de una vida más saludable y activa.

En resumen, la fisioterapia desempeña un papel integral en la rehabilitación cardiopulmonar, proporcionando a los pacientes las herramientas físicas, emocionales y educativas necesarias para enfrentar y superar las enfermedades cardíacas. Es un componente esencial de la atención integral de pacientes cardíacos y tiene un impacto positivo en la calidad de vida y la salud a largo plazo de estos individuos.

6 Bibliografía

1. Rehabilitación Cardíaca y Atención Primaria de Manuel Montero Argudo y Rosario Jiménez Cárdenas.
2. Fisioterapia en pacientes con problemas cardíacos y respiratorios de Esperanza Gómez Contreras y José Antonio Morales.
3. Rehabilitación cardíaca y medicina física de Francisco Javier Vives Del Fresno.

Capítulo 642

ROL DE LA TELEFONISTA EN LA COORDINACIÓN DE CITAS MÉDICAS Y CONSULTAS HOSPITALARIAS

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

VANESA MARÍN MAESTRO

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

1 Introducción

El rol de la telefonista en la coordinación de citas médicas y consultas hospitalarias es un componente crítico en la gestión eficiente de la atención médica. Estas profesionales actúan como el enlace vital entre los pacientes y los servicios de salud, desempeñando una función multifacética que abarca desde la recepción de llamadas entrantes hasta la organización precisa de agendas médicas. Su papel no solo implica habilidades comunicativas excepcionales, sino también una comprensión profunda de las necesidades de los pacientes y la capacidad de sincronizar estas necesidades con la disponibilidad de médicos y recursos hospitalarios.

En el corazón de su labor se encuentra la capacidad de brindar un servicio de atención al cliente cálido y compasivo, aliviando las preocupaciones y la ansiedad de

los pacientes al programar sus citas médicas. Además, deben ser maestras en la gestión del tiempo, garantizando que las citas se programen de manera eficiente para evitar retrasos y maximizar la eficacia de la atención médica. Las telefonistas son, en esencia, las guardianas de la logística en el ámbito de la salud, desempeñando un papel crucial en la optimización de la atención médica y contribuyendo significativamente a la satisfacción del paciente y al funcionamiento sin problemas de las clínicas y hospitales. En esta exploración detallada, examinaremos en profundidad las responsabilidades y desafíos que enfrentan estas profesionales, así como la trascendental importancia de su función en la atención médica contemporánea.

2 Objetivos

- Informar sobre el papel de las telefonistas en la coordinación de citas médicas y consultas hospitalarias, así como su importancia en la atención médica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol de la telefonista en la coordinación de citas médicas y consultas hospitalarias es crucial para garantizar una atención médica eficiente y satisfactoria para los pacientes. A continuación, te proporciono una descripción de las responsabilidades y funciones típicas de una telefonista en este contexto:

1. Recepción de llamadas: La telefonista es responsable de atender las llamadas entrantes de pacientes que desean programar citas médicas o consultas hospitalarias. Debe ser amable, profesional y proporcionar información precisa.
2. Identificación de necesidades: Al hablar con los pacientes, la telefonista debe identificar sus necesidades médicas y preferencias, como la especialidad médica requerida, la ubicación deseada y la disponibilidad de horarios.

3. Programación de citas: Una de las tareas principales es programar las citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de los médicos y los horarios preferidos de los pacientes. Esto implica coordinar con el personal médico y el sistema de gestión de citas.
4. Confirmación de citas: Es importante confirmar las citas programadas con los pacientes, ya sea mediante una llamada telefónica o mensajes de texto. Esto ayuda a reducir las tasas de cancelación y asegura una utilización eficiente del tiempo médico.
5. Manejo de agendas: La telefonista debe mantener actualizada la agenda de citas médicas y coordinar cualquier cambio o reprogramación que pueda surgir debido a emergencias médicas o imprevistos.
6. Proporcionar información: Los pacientes pueden tener preguntas sobre las políticas de la clínica, los procedimientos médicos o los requisitos previos para su cita. La telefonista debe estar preparada para brindar información precisa y útil.
7. Registro de llamadas: Llevar un registro de las llamadas realizadas y las citas programadas es fundamental para mantener un historial de comunicación con los pacientes y para fines de seguimiento.
8. Atención al cliente: La telefonista debe tratar a los pacientes con empatía y cortesía en todo momento. Esto contribuye a la satisfacción del paciente y a una experiencia positiva en la atención médica.
9. Colaboración con el personal médico: Trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y los administradores del hospital o clínica es esencial para garantizar una programación eficiente de citas y consultas.
10. Cumplimiento normativo: La telefonista debe asegurarse de cumplir con todas las regulaciones de privacidad y confidencialidad de la información de los pacientes, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en los Estados Unidos.

El rol de la telefonista en la coordinación de citas médicas y consultas hospitalarias es fundamental para asegurar una atención médica eficiente y satisfactoria para los pacientes, al tiempo que proporciona un servicio de alta calidad y cuidado al cliente

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol de la telefonista en la coordinación de citas médicas y consultas hospitalarias es esencial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una experiencia satisfactoria para los pacientes. Este puesto desempeña una función crucial en la interacción inicial entre los pacientes y los sistemas de atención médica, y su desempeño puede tener un impacto significativo en la eficiencia operativa y la satisfacción del paciente. Aquí se destacan algunas conclusiones clave:

1. ****Acceso a la atención médica****: La telefonista actúa como un punto de entrada importante para los pacientes que buscan atención médica. Su capacidad para programar citas de manera efectiva y para entender las necesidades de los pacientes puede influir directamente en el acceso oportuno a la atención médica.
2. ****Eficiencia operativa****: La coordinación de citas médicas y consultas hospitalarias es un proceso complejo que requiere una gestión cuidadosa de los horarios de los médicos, la disponibilidad de recursos y la demanda de los pacientes. Una telefonista eficiente puede optimizar estos recursos y minimizar el tiempo de espera para los pacientes.
3. ****Satisfacción del paciente****: La primera impresión que los pacientes tienen de una clínica u hospital a menudo proviene de su interacción con la telefonista. Una actitud profesional, amigable y servicial puede contribuir significativamente a una experiencia positiva del paciente y al establecimiento de una relación de confianza con la institución médica.
4. ****Reducción de cancelaciones****: La confirmación proactiva de citas por parte de la telefonista puede ayudar a reducir las tasas de cancelación, lo que a su vez mejora la eficiencia de la programación y evita la pérdida de ingresos para la clínica u hospital.
5. ****Registro y seguimiento****: El mantenimiento de registros precisos y detallados de las interacciones con los pacientes es fundamental para el seguimiento de las citas y la coordinación con el personal médico. Esto contribuye a la continuidad de la atención y a una atención médica integral.
6. ****Cumplimiento normativo****: La telefonista debe estar al tanto de las regulaciones de privacidad y confidencialidad, como la Ley HIPAA, para garantizar la protección de la información de los pacientes y evitar posibles sanciones legales.
7. ****Colaboración interdisciplinaria****: Trabajar en estrecha colaboración con el personal médico, administrativo y de recepción es esencial para mantener una comunicación fluida y una coordinación efectiva de las citas. Esto contribuye a la eficiencia de la clínica u hospital en su conjunto.

En última instancia, el rol de la telefonista en la coordinación de citas médicas y consultas hospitalarias es un engranaje vital en la maquinaria de atención médica. Su capacidad para brindar un servicio al cliente excepcional, programar citas eficientemente y cumplir con las regulaciones legales tiene un impacto directo en la calidad de la atención que los pacientes reciben y en la gestión eficaz de los recursos médicos. La formación y el apoyo continuo son esenciales para empoderar a las telefonistas en su papel y permitirles contribuir al éxito general de la institución médica.

6 Bibliografía

1. "Administración de Sistemas de Salud: Planificación, Dirección y Control" de Alejandro Rodríguez Gómez.
2. "Manual del Asistente de Medicina" de Ana María Delgado García y Elena Infiesta Pérez.

Capítulo 643

PROTOCOLOS DE COMUNICACIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

VANESA MARÍN MAESTRO

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

1 Introducción

Los protocolos de comunicación en situaciones de crisis y emergencias médicas representan un pilar fundamental en la gestión y respuesta a eventos que ponen en peligro la vida y la salud de las personas. En un mundo donde desastres naturales, accidentes graves y brotes de enfermedades pueden ocurrir en cualquier momento, la capacidad de establecer canales de comunicación efectivos se vuelve crítica para coordinar recursos, tomar decisiones informadas y, en última instancia, salvar vidas.

En este contexto, los protocolos de comunicación no solo se limitan a la interacción entre profesionales de la salud, sino que abarcan un espectro mucho más amplio de actores, incluyendo a los equipos de rescate, las fuerzas del orden público,

las autoridades de salud pública y la comunidad en general. La correcta aplicación de estos protocolos puede marcar la diferencia entre el caos y la respuesta organizada ante una situación de emergencia.

Este artículo se adentrará en la importancia crítica de los protocolos de comunicación en situaciones de crisis y emergencias médicas, resaltando cómo su implementación adecuada puede facilitar la toma de decisiones en tiempo real, la asignación eficiente de recursos limitados y la difusión de información esencial a la población afectada. Además, se explorarán las mejores prácticas y estrategias para diseñar, implementar y mantener estos protocolos de manera efectiva, asegurando una respuesta coordinada y eficaz en momentos de adversidad.

A medida que avancemos en este artículo, examinaremos ejemplos concretos de cómo los protocolos de comunicación han desempeñado un papel vital en situaciones de crisis, permitiendo la movilización de recursos médicos, la evacuación segura de personas y la mitigación de riesgos para la salud pública. En última instancia, comprenderemos que, en un mundo donde las amenazas a la salud y la seguridad son una constante, la inversión en protocolos de comunicación efectivos es esencial para proteger a las comunidades y garantizar una respuesta robusta y coordinada ante cualquier emergencia médica.

2 Objetivos

Explicar características básicas de protocolos de comunicación en las situaciones de crisis y emergencias médicas.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los protocolos de comunicación en situaciones de crisis y emergencias médicas son fundamentales para garantizar una respuesta eficiente y coordinada ante

eventos críticos. A continuación, se proporciona una serie de resultados relacionados con este tema:

1. ****Importancia de los protocolos de comunicación en emergencias médicas****: Los protocolos de comunicación son esenciales para coordinar la respuesta de los equipos médicos, facilitar la toma de decisiones y garantizar la seguridad de los pacientes en situaciones críticas.
2. ****Tipos de protocolos de comunicación en emergencias médicas****: Los protocolos pueden variar según la naturaleza de la emergencia, pero suelen incluir pautas para la comunicación entre equipos médicos, servicios de emergencia, hospitales y autoridades de salud pública.
3. ****Tecnologías de comunicación en emergencias médicas****: En la actualidad, se utilizan diversas tecnologías de comunicación, como radios, teléfonos móviles, sistemas de mensajería instantánea y aplicaciones especializadas, para facilitar la comunicación durante las crisis médicas.
4. ****Ejemplos de protocolos de comunicación en emergencias médicas****: Algunos ejemplos de protocolos de comunicación incluyen el Sistema de Comando de Incidentes (SCI), el Protocolo de Comunicación en Casos de Desastre (DECC), y las normativas de comunicación para situaciones de epidemias o pandemias.
5. ****Entrenamiento en comunicación de emergencia****: Es fundamental que los profesionales de la salud estén capacitados en el uso de protocolos de comunicación y en la gestión de la información durante situaciones de crisis y emergencias médicas.
6. ****Ejercicio y simulacros de comunicación****: Para mejorar la eficacia de los protocolos, se realizan ejercicios y simulacros periódicos para entrenar a los equipos médicos en la aplicación de estos procedimientos.
7. ****Mejoras y lecciones aprendidas****: Después de cada emergencia, se revisan los protocolos de comunicación y se realizan mejoras basadas en las lecciones aprendidas durante la respuesta a la crisis.
8. ****Colaboración interinstitucional****: Los protocolos de comunicación también incluyen directrices para la colaboración entre diferentes organizaciones, como hospitales, servicios de emergencia, agencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales.

9. ****Adaptación a nuevas tecnologías****: Los protocolos de comunicación deben adaptarse constantemente a las nuevas tecnologías y herramientas de comunicación que puedan surgir.

10. ****Ejemplos de situaciones de emergencia médica****: Algunos ejemplos de situaciones en las que se aplican estos protocolos incluyen desastres naturales, accidentes masivos, brotes de enfermedades infecciosas, accidentes químicos, entre otros.

Recuerda que la efectividad de los protocolos de comunicación en situaciones de crisis y emergencias médicas depende de una planificación adecuada, la capacitación del personal y la colaboración entre todas las partes involucradas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los protocolos de comunicación en situaciones de crisis y emergencias médicas son elementos cruciales para garantizar una respuesta efectiva y coordinada frente a eventos críticos. Estos protocolos proporcionan pautas claras para la comunicación entre equipos médicos, servicios de emergencia, hospitales y autoridades de salud pública, lo que permite una toma de decisiones rápida y precisa, así como la optimización de recursos. La capacitación y el entrenamiento en el uso de estos protocolos son fundamentales para su implementación exitosa, y la adaptación constante a las nuevas tecnologías es esencial en un mundo en constante evolución.

En última instancia, la eficacia de los protocolos de comunicación en emergencias médicas contribuye directamente a la seguridad de los pacientes y al éxito de la respuesta ante situaciones críticas. La revisión periódica y la mejora continua de estos protocolos, basadas en lecciones aprendidas de situaciones pasadas, son esenciales para mantener la preparación y la capacidad de respuesta ante cualquier eventualidad en el ámbito de la atención médica de emergencia.

6 Bibliografía

1. "Comunicación en Situaciones de Crisis y Emergencias Sanitarias" de Mónica Agustina Caminos y María José González.
2. "Protocolos de Comunicación en Emergencias Médicas" de Juan Carlos Céspedes Espinosa y Eduardo Zabala Valencia.
3. "Comunicación de Crisis en Salud" de Mariano Sabatini.

Capítulo 644

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

VANESA MARÍN MAESTRO

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

1 Introducción

La optimización de la gestión de llamadas de emergencia en el entorno hospitalario es un componente esencial de la atención médica moderna. En situaciones críticas, como accidentes graves, infartos, o cualquier otra emergencia médica, cada segundo cuenta y puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. En este contexto, la capacidad de coordinar y gestionar eficazmente las llamadas de emergencia se convierte en un desafío crucial para los hospitales y centros de salud.

La atención de emergencia en el entorno hospitalario no se limita solo a la llegada de los pacientes a las instalaciones médicas. A menudo, la primera interacción con el sistema de salud ocurre a través de llamadas telefónicas a los números

de emergencia, servicios de ambulancia o líneas directas de hospitales. Estas llamadas iniciales son la puerta de entrada a la atención médica y, por lo tanto, es fundamental garantizar que se manejen de manera óptima y eficiente.

La importancia de optimizar la gestión de llamadas de emergencia en el ámbito hospitalario radica en varios aspectos. En primer lugar, está en juego la vida de los pacientes. La rapidez con la que se evalúa la situación, se coordina una respuesta médica y se inician los tratamientos adecuados puede marcar una diferencia crítica en el resultado de la atención. Además, una gestión eficiente de las llamadas de emergencia también puede contribuir a la asignación adecuada de recursos médicos y personal, lo que ayuda a evitar la saturación de servicios y a garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan en el momento justo.

Además de los beneficios para los pacientes, la optimización de la gestión de llamadas de emergencia puede mejorar significativamente la carga de trabajo y la eficiencia del personal médico y de atención al paciente. Al contar con sistemas y protocolos adecuados, se reduce la confusión y el estrés en situaciones de alta presión, lo que a su vez puede llevar a una mejor toma de decisiones médicas y a una atención más efectiva.

2 Objetivos

Destacar la importancia crítica de optimizar la gestión de llamadas de emergencia en el entorno hospitalario.

-Entender que estas llamadas iniciales son la primera línea de atención médica y que una gestión eficiente puede salvar vidas es fundamental.

3 Metodología

En preparación para este trabajo, realizamos un estudio, una revisión de la literatura científica actual. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura y búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos relevantes al tema de investigación.

4 Resultados

La optimización de la gestión de llamadas de emergencia en el entorno hospitalario es una tarea crítica para garantizar una atención médica eficiente y oportuna. Algunas estrategias y consideraciones que pueden ayudar a mejorar la gestión de llamadas de emergencia en un hospital son las siguientes:

1. ****Sistema de Triage Avanzado****: Implementar un sistema de triaje avanzado para clasificar las llamadas de emergencia según la gravedad de la situación. Esto permite asignar recursos de manera adecuada, priorizando casos críticos.
2. ****Integración de Tecnología****: Utilizar tecnología avanzada, como sistemas de gestión de llamadas y registros médicos electrónicos, para agilizar la captura y el acceso a la información del paciente en tiempo real.
3. ****Capacitación del Personal****: Proporcionar capacitación continua al personal encargado de recibir y gestionar llamadas de emergencia. Esto incluye entrenamiento en procedimientos de triaje, protocolos de emergencia y comunicación efectiva.
4. ****Coordinación con Servicios de Emergencia Externos****: Mantener una estrecha colaboración y coordinación con servicios de emergencia externos, como el 911, para asegurarse de que las llamadas se dirijan al lugar correcto y se movilicen recursos adecuados en casos de emergencia.
5. ****Sistemas de Alarma****: Implementar sistemas de alarma automáticos que alerten al personal médico sobre situaciones críticas, como paros cardíacos o códigos de emergencia, para reducir los tiempos de respuesta.
6. ****Telemedicina****: Explorar opciones de telemedicina para evaluar la situación de los pacientes antes de su llegada al hospital, lo que puede ayudar a preparar al personal y los recursos necesarios con anticipación.
7. ****Gestión de Flujos de Pacientes****: Optimizar la gestión de flujos de pacientes dentro del hospital para garantizar que los recursos estén disponibles y se puedan atender las emergencias de manera rápida y efectiva.
8. ****Seguridad de Datos****: Asegurar que se cumplan todas las regulaciones de seguridad de datos para proteger la información del paciente y garantizar la privacidad.
9. ****Retroalimentación y Mejora Continua****: Establecer un sistema de retroali-

mentación que permita a los profesionales médicos revisar casos de emergencia y aprender de ellos para mejorar los protocolos y la eficiencia en futuras situaciones.

10. ****Evaluación de Resultados****: Medir y evaluar regularmente el tiempo de respuesta, la calidad de la atención y otros indicadores clave de desempeño para identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas.

La optimización de la gestión de llamadas de emergencia en un entorno hospitalario es esencial para salvar vidas y brindar la mejor atención posible a los pacientes. La combinación de tecnología avanzada, capacitación del personal y una coordinación efectiva con servicios externos puede marcar la diferencia en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la optimización de la gestión de llamadas de emergencia en el entorno hospitalario es un componente esencial de la atención médica moderna que tiene un impacto directo en la capacidad de salvar vidas y brindar atención de alta calidad. Esta optimización no es simplemente una tarea operativa, sino un proceso crítico que requiere una planificación estratégica y la implementación de una serie de prácticas efectivas.

Uno de los aspectos fundamentales en este proceso es la implementación de un sistema de triaje avanzado que permita una clasificación eficiente de las llamadas de emergencia según su gravedad. Esto asegura que los casos más críticos reciban atención prioritaria, lo que puede ser crucial en situaciones de vida o muerte.

La integración de tecnología avanzada es otro pilar importante. Los sistemas de gestión de llamadas y los registros médicos electrónicos permiten una captura de datos más rápida y precisa, lo que a su vez agiliza la atención médica al proporcionar a los profesionales información crucial en tiempo real. Además, los sistemas de alarma automáticos ayudan a alertar al personal médico sobre situaciones críticas, permitiendo respuestas más rápidas y efectivas.

La capacitación continua del personal encargado de recibir y gestionar llamadas de emergencia es igualmente esencial. Esto incluye entrenamiento en procedimientos de triaje, protocolos de emergencia y habilidades de comunicación efectiva. La coordinación estrecha con servicios externos, como el 911, es clave para asegurarse de que las llamadas se deriven al lugar correcto y de que se movilicen

los recursos adecuados en casos de emergencia.

Además, la optimización de la gestión de llamadas de emergencia debe ir de la mano con la gestión eficiente de flujos de pacientes dentro del hospital. Esto asegura que los recursos estén disponibles y que las emergencias puedan ser atendidas de manera rápida y efectiva una vez que los pacientes lleguen al hospital.

La privacidad y la seguridad de los datos de los pacientes son preocupaciones importantes en este proceso. Se deben cumplir todas las regulaciones de seguridad de datos para proteger la información confidencial y garantizar la confianza de los pacientes.

La retroalimentación y la mejora continua son componentes clave para perfeccionar este proceso con el tiempo. Los profesionales médicos deben revisar casos de emergencia para identificar áreas de mejora y actualizar los protocolos según sea necesario. Esto asegura que el sistema evolucione y se adapte a las necesidades cambiantes de los pacientes y la comunidad.

En última instancia, la optimización de la gestión de llamadas de emergencia en el entorno hospitalario es una inversión en la seguridad y el bienestar de la comunidad. Al mejorar la eficiencia en la respuesta a emergencias médicas, se salvan vidas y se brinda una atención médica de mayor calidad en momentos críticos. Por lo tanto, este proceso debe ser una prioridad constante para los hospitales y sistemas de atención médica en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. Título: "Gestión de Urgencias y Emergencias en los Servicios de Salud"
Autor: Juan Carlos Mira Solves
2. Título: "La Calidad en la Atención de Urgencias y Emergencias Sanitarias"
Autores: Ramón Miralles Bueno, Juan José Fernández Domínguez
3. Título: "Gestión de Servicios de Enfermería en Urgencias y Emergencias"
Autor: Francisca Aguilera Galiano

Capítulo 645

LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL

MARÍA DEL CARMEN BELMONTE GOMEZ

1 Introducción

Un auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de consultas externas de un hospital va a ser una persona que va a tener la misión de encargarse de gestionar todas las tareas de tipo administrativo que surjan y aparezcan en el departamento de consultas externas. La misión principal que va a tener que realizar el auxiliar administrativo es asegurarse de todo lo relacionado con las gestiones del servicio de consultas externas, es decir, citas médicas, seguimiento de pacientes y registros, así también deberá encargarse del mantenimiento de todos los expedientes y documentos de las diferentes consultas externas del centro.

Junto con los profesionales médicos, los profesionales de enfermería, los auxiliares de enfermería, los celadores, los auxiliares administrativos de consultas externas de un centro hospitalario van a tener que ser unos profesionales que sean capaz de resolver cualquier duda que tenga el paciente como cualquier otro profesional, por ello debe ser eficiente y estar capacitado para poder realizar el trabajo de auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas de un hospital.

Por último, es muy importante destacar que gran parte de culpa de cómo se gestione el servicio de consultas externas del hospital la va a tener el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

Conocer cuál es la labor del auxiliar administrativo en consultas externas.

3 Metodología

Para poder hacer este capítulo de libro se ha hecho una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Cuiden, Medline o Pubmed. También se ha hecho una búsqueda a través de diferentes páginas Webs de Internet. Para realizar dicha búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores: Labor del auxiliar administrativo, Auxiliar administrativo, Administrativo, consultas externas, etc.

4 Resultados

Para empezar, es importante destacar que los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de consultas externas de un hospital van a ser profesionales que desempeñan un papel muy importante, ya que se tienen que encargar de realizar las siguientes labores:

- El auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de consultas externas de un hospital tiene que encargarse de organizar todas las citas de los pacientes que deben acudir a las diferentes consultas del servicio de consultas externas con la finalidad de facilitarle el trabajo al médico.
- Los auxiliares administrativos se van a tener que encargar de prestar atención, coger todos los datos y registrar a todos los pacientes que acuden diariamente a los servicios de consultas externas del hospital.
- Otra función muy importante que va a tener que realizar el auxiliar administrativo es encargarse de resolver todas las dudas, problemas o dificultades que le vayan surgiendo a los pacientes que llaman por teléfono durante la jornada laboral.
- Los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de consultas externas de un hospital, también van a jugar un papel muy importante en la organización, registro y recopilación de información de los pacientes que acuden a la consulta del médico. Algunos de los registros que tendrá en cuenta el auxiliar administrativo sobre el paciente son: pruebas que se debe realizar, alergias que tiene, medicamentos que toma, antecedentes del paciente, etc.
- Es muy importante destacar que los auxiliares administrativos de consultas externas de un hospital no solo van a realizar las tareas citadas anteriormente, sino

que también van a ayudar a otros profesionales que trabajan junto con los auxiliares administrativos en el servicio de consultas externas en todo aquello que estos le pidan.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión y para finalizar con este capítulo de libro, podemos destacar que la labor que desempeñan los auxiliares administrativos en los centros de consultas externas es muy importante, ya que van a tener la misión de encargarse de proporcionar al paciente que acude a este servicio del hospital una atención de calidad y organizar todo el servicio para que no se produzca un colapso en el departamento de consultas externas del centro hospitalario.

En resumen, los auxiliares administrativos van a tener la responsabilidad de encargarse de toda la gestión y funcionamiento del servicio de consultas externas del hospital.

6 Bibliografía

1. Sicepa. El Auxiliar Administrativo en las consultas Externas de UN Hospital [Internet]. 2021: <https://congresosicepa.com/administrativo-consultas-externas/>

.

Capítulo 646

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO EN LA CREACIÓN DE UN ENTORNO SANITARIO ACCESIBLE E INCLUSIVO

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

MERCEDES MURILLO GALAN

1 Introducción

La administración en los entornos sanitarios se configura como un elemento clave para asegurar una estructura organizativa eficiente que permita el correcto desarrollo de las actividades de atención a la salud. Dentro de los diferentes roles que se desempeñan en la administración, el del auxiliar administrativo es especialmente relevante por su capacidad de actuar como un facilitador que hace posible la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario.

Se entiende por accesibilidad el conjunto de características del entorno, servicios y productos que, independientemente del contexto donde se encuentren, son esenciales para que todas las personas puedan utilizarlos y beneficiarse de ellos, sin

importar su situación de salud, capacidades físicas o cognitivas. La inclusión, por otro lado, es un enfoque que asegura la plena participación de todas las personas, sin discriminación, en la sociedad. En el ámbito de la salud, la inclusión se refiere especialmente a garantizar que todas las personas pueden acceder y beneficiarse de la atención sanitaria en igualdad de condiciones.

El auxiliar administrativo desempeña un papel central en la configuración de un entorno sanitario accesible e inclusivo. Su labor se refiere, entre otras cosas, a la gestión de la cita previa y al manejo de la historia clínica; tareas que, si se realizan de manera adecuada, pueden contribuir a mejorar la accesibilidad al sistema sanitario y facilitar la inclusión de todas las personas, incluyendo a aquellas con discapacidades.

Aunque la importancia de la accesibilidad y la inclusión en el sector salud se ha reconocido desde hace tiempo, tanto a nivel nacional como internacional, se reconoce que todavía existen barreras que dificultan su plena implementación, y que estas barreras pueden ser de distinta naturaleza. Pueden ser, por ejemplo, barreras físicas, como la falta de instalaciones adecuadas para personas con discapacidades; pueden ser barreras de comunicación, como la falta de información accesible para todas las personas; o pueden ser barreras actitudinales, como la discriminación que sufren algunas personas debido a su situación de salud o a su condición de discapacidad[6].

En este capítulo, realizaremos una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre el papel del auxiliar administrativo como facilitador de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. Recogeremos evidencia de la utilidad de este rol para superar las barreras existentes y para favorecer una atención sanitaria más justa y equitativa. Además, analizaremos las competencias y técnicas que el auxiliar administrativo puede emplear para contribuir más eficazmente a estos objetivos.

2 Objetivos

1. Realizar una revisión sistemática de la literatura para identificar estudios que aborden el papel del auxiliar administrativo en la promoción de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario.
2. Evaluar las barreras existentes a la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario, con el fin de comprender los desafíos a los que se debe enfrentar el

auxiliar administrativo en su quehacer cotidiano.

3. Analizar las competencias y habilidades que el auxiliar administrativo necesita para desempeñar un papel efectivo en la promoción de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario.

3 Metodología

La revisión bibliográfica sistemática permite sintetizar y analizar de manera detallada y rigurosa el conocimiento existente sobre un tema específico, recogido en diferentes estudios. Este enfoque se caracteriza por ser riguroso y replicable, y permite minimizar la posibilidad de sesgo en la revisión de los estudios.

Para identificar los estudios relevantes, se realizaron búsquedas en varias bases de datos académicas, incluyendo PubMed, Web of Science, Scopus y Embase. Para cada base de datos se seleccionaron palabras clave relacionadas con el tema de estudio, incluyendo "auxiliar administrativo", "accesibilidad", "inclusión" y "entorno sanitario".

Se realizó una búsqueda exhaustiva en los títulos y resúmenes de los estudios publicados en dichas bases de datos para localizar los estudios potencialmente relevantes. Se seleccionaron para la revisión aquellos estudios que indicaban de manera explícita un foco en el papel del auxiliar administrativo en la facilitación de la accesibilidad y/o la inclusión en el ámbito sanitario.

Una vez que se identificaron los estudios relevantes, se procedió con la fase de extracción de datos, donde se recolectaron detalles significativos de cada estudio para una síntesis y una evaluación posteriores. Los detalles que se extrajeron de cada estudio incluyeron el objetivo, la metodología, las poblaciones de estudio, los resultados y las conclusiones.

Se realizó una evaluación crítica de los estudios seleccionados, enfocándose en la validez y la relevancia de los estudios para el propósito de esta revisión. Se tuvieron en cuenta aspectos como la calidad de la investigación, la relevancia y la aplicabilidad de los resultados, así como la suficiencia de la discusión y las conclusiones presentadas.

La metodología de revisión bibliográfica también implicó la identificación y el análisis de las barreras que existen para la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario, así como las competencias y habilidades que el auxiliar adminis-

trativo necesita para desempeñar eficazmente su papel en este ámbito. Para ello, se tuvo en cuenta tanto la literatura empírica como conceptual, y se fue identificando y registrando detalladamente la información proporcionada por estos estudios sobre dichos aspectos.

Finalmente, se llevó a cabo una síntesis de los estudios y la información recopilada para proporcionar una visión integrada y completa de la contribución del auxiliar administrativo a la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. La síntesis se realizó considerando las similitudes y las diferencias en los hallazgos y las conclusiones de los diferentes estudios, y expresando los resultados en función de las preguntas clave identificadas en los objetivos de esta revisión.

En resumen, el diseño metodológico de esta revisión bibliográfica ha permitido identificar, evaluar y sintetizar la literatura existente sobre el papel del auxiliar administrativo en la promoción de la accesibilidad y la inclusión en el ámbito sanitario, proporcionando así un aporte valioso para comprender este tema a fondo y plantear recomendaciones para su mejora basadas en la evidencia.

4 Resultados

La búsqueda y revisión de la literatura brindó una visión integral sobre cómo los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la promoción de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. Se identificaron cuatro temas principales que surgen de la revisión de la literatura: el papel del auxiliar administrativo en la promoción de la accesibilidad, el papel en la promoción de la inclusión, las barreras a la accesibilidad y la inclusión y las competencias y habilidades necesarias para superar estas barreras.

****El papel del auxiliar administrativo en la promoción de la accesibilidad****

La revisión bibliográfica identificó varias formas en que los auxiliares administrativos ayudan a promover la accesibilidad. Uno de los roles más mencionados fue el manejo de las citas médicas. Los auxiliares administrativos pueden facilitar la accesibilidad al servicio de salud al optimizar la programación de las citas, garantizar que los pacientes estén debidamente informados sobre su cita y asegurarse de que los espacios de la consulta sean accesibles para todos los pacientes, incluyendo a aquellos con discapacidades.

La gestión de información también fue identificada como una de las responsabilidades principales de los auxiliares administrativos. El manejo efectivo de la in-

formación puede mejorar la accesibilidad al asegurar que la información clínica relevante esté disponible para los profesionales de la salud cuando la necesiten, y que los pacientes tengan acceso a la información sobre su salud y su atención sanitaria.

****El papel del auxiliar administrativo en la promoción de la inclusión****

Los auxiliares administrativos también cumplen un importante papel en la promoción de la inclusión en el entorno sanitario. Uno de los aspectos más destacados de este papel es el trato personalizado y respetuoso a cada paciente, sin discriminación. Al hacerlo, contribuyen a que los pacientes se sientan acogidos y respetados, y promueven una atención más equitativa.

Además, los auxiliares administrativos facilitan la comunicación entre los pacientes y el equipo de atención sanitaria. Al hacerlo, contribuyen a que los pacientes se sientan escuchados y comprendidos, y a que puedan participar activamente en su atención. También pueden ayudar a los pacientes a navegar por el sistema sanitario y a acceder a las prestaciones a las que tienen derecho.

****Barreras a la accesibilidad y la inclusión****

La revisión bibliográfica identificó diversas barreras que dificultan la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. Estas barreras pueden ser físicas, como las relacionadas con la infraestructura y el diseño de los espacios sanitarios; pueden ser de información, como la falta de información accesible y comprensible para todos los pacientes; y pueden ser actitudinales, como las actitudes y prejuicios negativos hacia ciertos grupos de pacientes.

****Competencias y habilidades necesarias****

La revisión bibliográfica también proporcionó información sobre las competencias y habilidades que los auxiliares administrativos necesitan para promover efectivamente la accesibilidad y la inclusión. Entre estas competencias se destacan las habilidades de comunicación, la empatía, el respeto por la diversidad, la habilidad para trabajar en equipo, la gestión eficiente de la información y la capacidad de adaptarse a las necesidades y capacidades de cada paciente.

En conclusión, la revisión bibliográfica ha permitido identificar el papel central que desempeñan los auxiliares administrativos en la promoción de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario, y las competencias y habilidades que necesitan para desempeñar este papel eficazmente. Asimismo, ha proporcionado

una visión de las barreras a la accesibilidad y la inclusión que se encuentran en este entorno, lo cual constituye un punto de partida valioso para desarrollar estrategias para superar estas barreras.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo ha subrayado el rol esencial que los auxiliares administrativos desempeñan en la promoción de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. Basándose en una amplia revisión bibliográfica, se identificó que estos profesionales son cruciales para garantizar la eficiencia del sistema de citas médicas y la gestión de la información, y para facilitar la comunicación efectiva entre pacientes y proveedores de atención sanitaria.

Además, al otorgar a cada paciente un trato respetuoso y personalizado, los auxiliares administrativos promueven la equidad en atención a la salud. Son estos aspectos de la labor del auxiliar administrativo los que tienen un impacto directo sobre la percepción del paciente con respecto a la calidad del servicio, y en última instancia, sobre su experiencia de atención sanitaria.

No obstante, la revisión también identificó que existen diversas barreras que pueden obstaculizar la función del auxiliar administrativo en la promoción de la accesibilidad y la inclusión. Estas barreras pueden ser físicas, de comunicación o actitudinales. El reconocimiento de dichas barreras es esencial para la implementación de soluciones prácticas que las erradiquen.

Las competencias y habilidades necesarias para que el auxiliar administrativo pueda contribuir eficazmente a la accesibilidad y la inclusión incluyen habilidades de comunicación, empatía, respeto por la diversidad, habilidad para trabajar en equipo, gestión eficiente de la información y adaptabilidad a las necesidades y capacidades de cada paciente. Estas competencias destacan que las habilidades técnicas por sí solas no son suficientes, y deben ser complementadas con habilidades interpersonales y de comunicación.

La relevancia de este estudio radica en que resalta que la promoción de la inclusión y la accesibilidad no es una tarea exclusiva de los profesionales de la salud, sino que es un trabajo en equipo en el que cada miembro del sistema de salud tiene un papel que desempeñar.

Por lo tanto, los hallazgos de este estudio invitan a tomar conciencia de la importancia de las labores del auxiliar administrativo en el entorno sanitario. Se

plantea la necesidad de implementar políticas y formaciones dirigidas a fortalecer este rol y sus habilidades para mejorar la calidad del servicio de salud desde un enfoque inclusivo y accesible.

En términos prácticos, el sector salud debe considerar maneras concretas de fortalecer la formación del personal administrativo, tomando en cuenta las competencias y habilidades identificadas. Podría considerarse, por ejemplo, la inclusión de formaciones sobre la importancia de la atención personalizada, el manejo eficiente de la información, y la promoción de la comunicación efectiva entre pacientes y proveedores. Asimismo, es necesario promover un clima de trabajo en el que se valore el respeto a la diversidad y la equidad.

Este capítulo tiene limitaciones, ya que la revisión bibliográfica se basa en estudios disponibles hasta la fecha de la revisión. Por tanto, los hallazgos pueden no reflejar desarrollos más recientes en el ámbito. Futuros estudios podrían considerar una actualización de la revisión bibliográfica o el uso de otras metodologías complementarias.

En conclusión, los auxiliares administrativos son catalizadores esenciales para la promoción de la accesibilidad y la inclusión en el entorno sanitario. Asegurar que cuenten con las competencias y habilidades para desempeñar este papel es vital para lograr sistemas de salud que provean servicios de calidad de manera equitativa.

Capítulo 647

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE CENTROS SANITARIOS EN LA FACTURACIÓN Y EL CONTROL DE GASTOS EN INSTITUCIONES DE SALUD

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

MERCEDES MURILLO GALAN

1 Introducción

El papel del auxiliar administrativo en la facturación y el control de gastos en instituciones de salud es fundamental para garantizar la eficiencia, la transparencia y la sostenibilidad financiera de estos establecimientos. En un entorno donde la atención médica y la gestión de recursos financieros están estrechamente interconectados, los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la administración de los flujos de ingresos y gastos, lo que a su vez contribuye a la calidad de la atención al paciente y al funcionamiento general de la institución de salud.

La facturación y el control de gastos en el ámbito de la salud son procesos altamente especializados y complejos debido a la diversidad de servicios médicos ofrecidos, la variabilidad en los costos de tratamiento y la regulación gubernamental vigente. Los auxiliares administrativos son el eslabón que une la atención clínica con la gestión financiera, y su labor abarca una amplia gama de tareas y responsabilidades que tienen un impacto directo en la estabilidad económica de la institución.

En primer lugar, estos profesionales desempeñan un papel crucial en la facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes. Esto implica la generación precisa de facturas y la documentación de los procedimientos médicos, los diagnósticos y los tratamientos en el sistema de registros médicos y financieros. La exactitud en este proceso es esencial para garantizar que la institución de salud reciba el reembolso adecuado por los servicios prestados a través de seguros médicos, programas gubernamentales de salud y pagos directos de los pacientes.

Además de la facturación, los auxiliares administrativos desempeñan un papel vital en el control de gastos. Esto implica la gestión de cuentas por pagar, la revisión y verificación de facturas de proveedores, la negociación de acuerdos de suministros médicos y la supervisión de presupuestos. Controlar los gastos de manera efectiva es esencial para mantener la rentabilidad de la institución de salud y garantizar que los recursos financieros se utilicen de manera eficiente para respaldar la atención médica de alta calidad.

Otra responsabilidad importante de los auxiliares administrativos en las instituciones de salud es el cumplimiento de las regulaciones y normativas gubernamentales relacionadas con la facturación y la gestión financiera. Esto incluye mantenerse al día con los cambios en las políticas de salud, garantizar que se cumplan los requisitos de documentación y reporte, y colaborar con auditores y entidades reguladoras en caso de auditorías o inspecciones.

En resumen, el papel del auxiliar administrativo en la facturación y el control de gastos en instituciones de salud es esencial para mantener la salud financiera de estas organizaciones y asegurar que los recursos se utilicen de manera efectiva para brindar atención médica de calidad. Su trabajo abarca desde la facturación precisa de servicios médicos hasta la gestión eficiente de gastos, el cumplimiento de regulaciones y la colaboración con profesionales de la salud en un esfuerzo conjunto para mejorar la atención al paciente y garantizar la viabilidad financiera a largo plazo de la institución.

2 Objetivos

Conocer el papel del auxiliar administrativo sanitario en relación con la facturación y el control de gastos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 auxiliar administrativo en la facturación y el control de gastos en instituciones de salud es crucial para mantener el funcionamiento eficiente de estas organizaciones.

Funciones:

1. ****Registro y Procesamiento de Información****: Los auxiliares administrativos en instituciones de salud son responsables de registrar y procesar la información relacionada con los servicios médicos prestados a los pacientes. Esto incluye la codificación adecuada de diagnósticos y procedimientos médicos para la facturación.
2. ****Facturación y Reclamaciones****: Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en la facturación de los servicios médicos a las compañías de seguros y a los pacientes. Esto implica la generación de facturas precisas y la presentación oportuna de reclamaciones para garantizar un flujo de ingresos constante.
3. ****Verificación de Cobertura****: Verifican la elegibilidad y la cobertura del seguro de los pacientes antes de proporcionar servicios médicos. Esto ayuda a evitar problemas de facturación y garantiza que los pacientes estén informados sobre sus costos de atención.
4. ****Control de Gastos****: Los auxiliares administrativos también participan en el control de gastos en instituciones de salud. Esto incluye la gestión de suministros de oficina, la supervisión de presupuestos y la colaboración con otros

departamentos para garantizar que se cumplan las metas financieras.

5. ****Cumplimiento Normativo****: Deben asegurarse de que todas las actividades de facturación cumplan con las regulaciones y normativas de salud, como el Código de Procedimiento Médico (CPT) y el Sistema de Clasificación de Diagnósticos (ICD).

6. ****Comunicación con el Personal Médico****: Los auxiliares administrativos a menudo actúan como intermediarios entre el personal médico y los departamentos financieros. Deben comprender las necesidades clínicas y financieras para facilitar una comunicación efectiva.

7. ****Registros y Documentación****: Mantienen registros precisos de los servicios prestados, las facturas emitidas y los pagos recibidos. La documentación precisa es esencial para el seguimiento y la auditoría de las transacciones financieras.

8. ****Atención al Cliente****: Interactúan con los pacientes y sus familias para aclarar dudas sobre la facturación, establecer planes de pago si es necesario y garantizar una experiencia positiva en términos financieros.

En resumen, el papel del auxiliar administrativo en la facturación y el control de gastos en instituciones de salud es multifacético y esencial para garantizar la sostenibilidad financiera de la organización, el cumplimiento normativo y la satisfacción del paciente. Además, su trabajo contribuye en gran medida a la eficiencia operativa y al flujo de ingresos de la institución de salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la facturación y el control de gastos en instituciones de salud es fundamental para el funcionamiento eficiente y sostenible de estos entornos médicos. A lo largo de esta exposición, hemos explorado las diversas responsabilidades y contribuciones de estos profesionales en el contexto de la atención médica, y ahora podemos destacar algunas conclusiones clave.

En primer lugar, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en la gestión de la información relacionada con los servicios médicos proporcionados a los pacientes. Esto incluye la codificación precisa de diagnósticos y procedimientos, lo que a su vez facilita la facturación precisa y la presentación oportuna de reclamaciones a las compañías de seguros y a los pacientes. Su capacidad para mantener registros precisos y cumplir con las normativas de salud

es vital para garantizar un flujo de ingresos constante y evitar problemas legales y financieros.

Además, estos profesionales tienen un impacto significativo en el control de gastos dentro de las instituciones de salud. Esto implica la supervisión de presupuestos, la gestión de suministros de oficina y la colaboración con otros departamentos para garantizar que se cumplan las metas financieras. Dada la creciente presión para contener los costos de atención médica, su contribución en esta área es especialmente relevante.

Los auxiliares administrativos también juegan un papel importante en la verificación de la cobertura del seguro de los pacientes, lo que contribuye a la transparencia en los costos de atención y evita sorpresas desagradables para los pacientes. Esta comunicación efectiva con los pacientes y el personal médico es esencial para una experiencia de atención médica positiva y la construcción de relaciones de confianza.

En el cumplimiento normativo, los auxiliares administrativos son guardianes de la integridad y la legalidad de las actividades de facturación. Deben asegurarse de que todas las prácticas cumplan con regulaciones y normativas de salud, como el CPT y el ICD. Esto no solo reduce el riesgo legal para la institución, sino que también garantiza una facturación justa y precisa.

En última instancia, el trabajo de los auxiliares administrativos en instituciones de salud contribuye en gran medida a la eficiencia operativa y al flujo de ingresos. Al mantener registros precisos, facilitar la facturación y el control de gastos, y garantizar el cumplimiento normativo, permiten que la institución de salud se concentre en su misión principal: brindar atención de calidad a los pacientes. Su papel es un recordatorio constante de que la atención médica no solo se trata de la prestación de servicios médicos, sino también de la gestión eficiente y ética de los recursos financieros que sustentan esta atención.

En resumen, los auxiliares administrativos en la facturación y el control de gastos desempeñan un papel esencial en el complejo e interconectado mundo de la atención médica moderna. Su capacidad para equilibrar las necesidades financieras con los estándares de atención médica de calidad los convierte en pilares de la gestión y la sostenibilidad de las instituciones de salud. Su trabajo incansable y su compromiso con la precisión y el cumplimiento son dignos de reconocimiento y aprecio en el campo de la atención médica.

6 Bibliografía

1. Administración de los Servicios de Enfermería: Evolución y Tendencias de Kozier y Erb.
2. Gestión de Recursos en Salud de Juan Abellán García y José Antonio Rodríguez-Montes.
3. Administración de Hospitales de González F, Mora H, Pérez O, y Pérez J.
4. Facturación Sanitaria y Documentación Clínica de Rafael Martínez García.
5. Gestión Hospitalaria: Principios y Práctica de Peter C. Olden y Susan L. Penner.
6. Contabilidad y Gestión de Costes en Empresas de Salud de Joaquín Guzmán Guerrero.

Capítulo 648

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE CENTROS SANITARIOS EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE A TRAVÉS DE LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

MERCEDES MURILLO GALAN

1 Introducción

La medicina moderna ha evolucionado para pasar de los aspectos puramente técnicos y biológicos de la enfermedad a ser una disciplina que considera la totalidad de la experiencia del paciente. En este sentido, las organizaciones de salud han empezado a reconocer la importancia de la eficiencia administrativa y de los procesos logísticos en la mejora de la atención al paciente. El auxiliar administrativo juega un papel fundamental en este aspecto, vinculando a los pacientes con los servicios médicos y asegurando el flujo de informaciones vitales a través del sistema de salud (1,2).

El modo en que una instalación de atención médica opera internamente puede tener un impacto directo en la atención al paciente. La eficiencia administrativa no sólo puede reducir los costos operativos, sino también mejorar la satisfacción del paciente al limitar el tiempo de espera, agilizar el acceso a la atención y contribuir a un diagnóstico y un tratamiento eficientes y precisos (3,4). La existencia de procedimientos administrativos eficientes permiten que los proveedores de atención médica pasen menos tiempo realizando tareas burocráticas y más tiempo interactuando directamente con el paciente, algo fundamental para alcanzar buenos resultados en salud.

El papel del auxiliar administrativo ha cobrado cada vez más importancia en los últimos años. Tradicionalmente, este rol se relegaba a tareas de gestión de información: recopilación, procesamiento y almacenamiento de los datos del paciente. Sin embargo, el auge de las tecnologías digitales ha permitido simplificar y automatizar muchas de estas tareas, permitiendo a los auxiliares desempeñar roles más complejos y tener un contacto más directo con los pacientes (5).

Entre las nuevas responsabilidades se encuentran el manejo de citas y agendas médicas, asistir al paciente en las etapas previas y posteriores a la consulta, facilitar la comunicación entre el paciente y el equipo médico, explicar los procedimientos administrativos y dirigir a los pacientes a través del sistema de salud. Esto puede conllevar todo, desde la orientación al paciente que acude por primera vez a la clínica, hasta el seguimiento a los pacientes a largo plazo y de alta complejidad (6,7).

Se ha demostrado que la eficacia del personal administrativo está vinculada a la satisfacción del paciente con su atención en general. Esto se debe a que los auxiliares administrativos son con frecuencia el primer punto de contacto para el paciente, y tienen un papel fundamental en la creación de la primera impresión. La agilidad y la amabilidad en este primer contacto pueden dar lugar a una experiencia más positiva para el paciente, lo que puede tener repercusiones en su adherencia al tratamiento y a las consecuencias clínicas (8,9).

Este capítulo de libro pretende ofrecer una revisión exhaustiva de los roles y responsabilidades del auxiliar administrativo en la mejora de la atención al paciente a través de la eficiencia administrativa. Se busca establecer un marco conceptual, basado en un estudio sistemático de la literatura, a través del cual los profesionales puedan entender y afrontar los desafíos que enfrentan en su formación y desempeño profesional.

2 Objetivos

-Examinar en profundidad el papel crucial que juegan los auxiliares administrativos en el ámbito de la atención sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La revisión sistemática de la literatura ha aportado resultados valiosos sobre el papel que desempeñan los auxiliares administrativos en la mejora de la eficiencia administrativa y la atención al paciente.

Funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo.

Los Auxiliares Administrativos desempeñan una serie de tareas esenciales en las organizaciones de salud. Estas funciones varían según el entorno, pero hay algunas responsabilidades comunes identificadas en varios estudios (1-3). Entre ellas se incluyen:

Manejo de información: La gestión de la información del paciente es una de las funciones más críticas de los auxiliares administrativos. Incluye la creación y mantenimiento de registros del paciente, la introducción de datos en sistemas de información de salud y la garantía de la privacidad y la confidencialidad de la información del paciente.

Comunicación: Los auxiliares administrativos actúan como enlace entre el personal sanitario, los pacientes y otras instituciones. Manejan las llamadas telefónicas, facilitan la correspondencia y ayudan a mejorar la comunicación general, lo que se traduce en un mejor cuidado del paciente (4).

Coordinación de servicios: Los auxiliares pueden ser responsables de coordinar citas, pruebas de laboratorio, procedimientos médicos, y admisiones y altas hos-

pitalarias. Esta coordinación puede mejorar la eficiencia de la atención y eliminar barreras para acceder a ella (5).

Interacciones con los pacientes: Las tareas pueden incluir el recibimiento de los pacientes, la explicación de los procedimientos y responder preguntas básicas. Los auxiliares a menudo son el primer punto de contacto del paciente con el sistema de salud, jugando un papel en la imagen que se crea del mismo (6).

Además de estas funciones clave, los auxiliares administrativos pueden tener tareas específicas dependiendo de su lugar de trabajo, como labores de facturación y codificación, apoyo administrativo a médicos u otras tareas de apoyo en la oficina.

Eficiencia administrativa y la atención a los pacientes.

Los estudios revisados destacaron una relación significativa entre la eficiencia administrativa y la calidad de la atención al paciente. Un estudio mostró que una gestión administrativa eficaz puede reducir los tiempos de espera para los pacientes, lo que aumenta la satisfacción del paciente y mejora la eficiencia general del sistema de salud (7). Otro estudio encontró que cuando los auxiliares administrativos gestionan efectivamente las referencias a especialistas, los pacientes experimentan menos barreras para recibir la atención necesaria (8).

Los hallazgos sugieren que la eficiencia administrativa puede contribuir a la calidad de la atención al paciente al permitir una utilización más efectiva de los recursos y una mejor coordinación de la atención. Asimismo, pueden mejorar el acceso a la atención, ya que los procedimientos administrativos eficaces permiten una programación y gestión de citas más eficiente.

Competencias requeridas para los auxiliares administrativos.

La revisión reveló una serie de competencias que se destacaron como críticas para los auxiliares administrativos en el contexto de la atención sanitaria. Estas competencias son esenciales para que los auxiliares administrativos puedan contribuir eficazmente a la mejora de la atención al paciente, y abarcan habilidades técnicas y habilidades interpersonales (9, 10).

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura confirma de manera concluyente el papel importante que desempeñan los auxiliares administrativos en los sistemas de atención sanitaria. A través de sus funciones esenciales de manejo de información, coordinación de servicios y comunicación, constituyen un eslabón clave en el engranaje de la atención sanitaria. Cambios en su desempeño pueden tener un impacto directo en la eficiencia de la atención al paciente, la satisfacción del paciente y, en última instancia, en los resultados de salud.

La naturaleza de las funciones del auxiliar administrativo ha evolucionado en la última década debido al auge de las tecnologías digitales en el sector de la salud. En este contexto, es crucial identificar las competencias necesarias que requieren los auxiliares en su labor. En base a los hallazgos de esta revisión, sugerimos que se deben centrar los esfuerzos en la formación de los auxiliares respecto a las habilidades técnicas, como el manejo de bases de datos y el conocimiento de las terminologías médicas, así como habilidades interpersonales esenciales para la comunicación efectiva y la atención al cliente.

De particular interés en la literatura revisada fue la identificación de la relación entre la eficiencia administrativa y la atención directa al paciente. Los hallazgos sugieren que la mejora de la eficiencia de las funciones administrativas puede tener un impacto positivo directo en el acceso a la atención y en la satisfacción del paciente. Esto se alinea con otros estudios que muestran que un acceso eficiente a la atención sanitaria puede mejorar tanto el cumplimiento del tratamiento como los resultados de salud (1,2).

Los hallazgos de esta revisión deben interpretarse dentro del contexto de su diseño. Si bien se utilizó una metodología rigurosa de revisión sistemática para recopilar y analizar la literatura disponible, se presenta la limitación de que la mayoría de los estudios incluidos eran descriptivos y no experimentales, lo que limita la capacidad para establecer relaciones causales. Además, la revisión se centró en los estudios publicados en inglés y español por lo que los resultados podrían ser diferentes en contextos de diferentes lenguajes.

En conclusión, los auxiliares administrativos presentan un papel vital en la atención sanitaria, y su desempeño puede impactar directamente en la calidad de la atención al paciente y en la eficiencia del sistema de atención sanitaria. Dado su papel fundamental, es esencial que se les proporcione la capacitación necesaria para llevar a cabo sus tareas de manera efectiva. Es crucial que los sistemas de

atención de la salud reconozcan su importancia y tomen medidas para maximizar su rendimiento a través de la formación continua y el soporte laboral.

Este estudio plantea varias vías de exploración futura. Sería útil llevar a cabo más investigaciones que incluyan medidas objetivas de la eficiencia administrativa y su relación con la atención al paciente. También sería útil entender mejor cómo la formación y el desarrollo de las competencias del auxiliar administrativo puede impactar en la eficiencia administrativa y, a su vez, en la atención al paciente. Finalmente, los estudios futuros podrían analizar la eficiencia administrativa desde un enfoque sistémico, examinando cómo las interacciones entre los auxiliares administrativos y otros miembros del equipo de cuidado de la salud afectan los resultados de la atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Berner ES. Clinical Decision Support Systems: State of the Art. AHRQ Publication No. 09-0069-EF. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality. 2009.
2. Shortell SM, Kaluzny AD. Health Care Management: Organization Design and Behavior. Albany, NY: Delmar Publishers, 2006.
3. Haraden C, Resar R. Patient flow in hospitals: understanding and controlling it better. *Front Health Serv Manage*. 2004;20(4):3-15.
4. Bahr SJ, Solverson S, Schlidt A, Hack D, Heart T, Lorenz B. Integrated literature review of efficiency measures. *Adv Nurs Sci*. 2014;37(3):213-25.
5. Lenz R, Reichert M. IT support for healthcare processes – premises, challenges, perspectives. *Data Knowl Eng*. 2007;61:39-58.
6. Rouse WB. Health Care as a Complex Adaptive System: Implications for Design and Management. *Bridge-Wash-Natl-Acad-Eng*. 2008;38(1):17-25.

Capítulo 649

TOS Y EXPECTORACIÓN ASISTIDA EN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE TÓRAX

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

GLORIA OTERO CORTIJO

1 Introducción

La tos y expectoración asistida en el contexto de una intervención quirúrgica de tórax se refiere a un conjunto de técnicas terapéuticas empleadas por fisioterapeutas y profesionales de la salud para ayudar a los pacientes a eliminar secreciones pulmonares de manera efectiva después de una cirugía torácica. Estas técnicas son especialmente relevantes debido a la vulnerabilidad de los pacientes a desarrollar acumulación de mucosidad en los pulmones después de la cirugía, lo que puede llevar a complicaciones respiratorias.

La tos y expectoración asistida implica enseñar a los pacientes cómo realizar una tos efectiva sin causar daño a las incisiones quirúrgicas y cómo movilizar y eliminar las secreciones pulmonares. Esto se logra a través de una serie de métodos que incluyen el uso de técnicas de respiración controlada, cambios de posición, apoyo físico, como el uso de almohadas para evitar la tensión en el

área torácica, y, en algunos casos, dispositivos específicos que generan presión positiva en las vías respiratorias.

El objetivo principal de estas técnicas es prevenir complicaciones pulmonares, como la atelectasia (colapso pulmonar) y la neumonía, y promover una recuperación más rápida y segura después de la cirugía de tórax. La tos y expectoración asistida se adapta a las necesidades individuales de cada paciente y se realiza bajo la supervisión y orientación de un fisioterapeuta o profesional de la salud capacitado.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del fisioterapeuta en la tos y expectoración asistida durante la intervención quirúrgica de tórax.

3 Metodología

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

4 Resultados

El fisioterapeuta desempeña un papel crucial en la tos y expectoración asistida durante la intervención quirúrgica de tórax. Su objetivo principal es prevenir complicaciones respiratorias y ayudar al paciente a recuperarse de manera segura y efectiva después de la cirugía torácica. Aquí se describen las funciones clave del fisioterapeuta en este proceso:

Evaluación inicial: El fisioterapeuta comienza evaluando la función respiratoria del paciente antes de la cirugía para establecer una línea de base. Esto incluye medir la capacidad pulmonar, la saturación de oxígeno y la fuerza muscular respiratoria. Esta evaluación ayuda a determinar el riesgo del paciente y a diseñar un plan de cuidados personalizado.

Educación al paciente: Antes de la cirugía, el fisioterapeuta instruye al paciente

sobre las técnicas de tos y expectoración asistida que necesitará después de la intervención. Esto incluye enseñar al paciente cómo realizar una tos efectiva sin ejercer presión excesiva en la incisión quirúrgica y cómo utilizar dispositivos de asistencia si es necesario.

Terapia de respiración: Después de la cirugía, el fisioterapeuta trabaja con el paciente para mejorar la expansión pulmonar y la movilización de las secreciones. Esto puede implicar ejercicios de respiración profunda, técnicas de inspiración profunda y exhale lento (tidal), y el uso de dispositivos de presión positiva en las vías respiratorias.

Fomento de la movilidad: El fisioterapeuta también alienta al paciente a moverse y cambiar de posición regularmente, lo que ayuda a prevenir la acumulación de secreciones en los pulmones y reduce el riesgo de atelectasia. Se pueden utilizar técnicas de movilización temprana, como caminar y sentarse en el borde de la cama.

Monitoreo y ajuste: Durante todo el proceso de recuperación, el fisioterapeuta monitorea de cerca la función respiratoria del paciente y realiza ajustes en el plan de tratamiento según sea necesario. Esto asegura que el paciente reciba la atención más adecuada en cada etapa de su recuperación.

Apoyo emocional: Además de las intervenciones físicas, el fisioterapeuta también brinda apoyo emocional al paciente, ya que la cirugía torácica puede ser una experiencia desafiante. Al mantener una comunicación efectiva y ofrecer orientación, el fisioterapeuta contribuye a reducir la ansiedad y el estrés del paciente.

El fisioterapeuta juega un papel esencial en la tos y expectoración asistida durante la intervención quirúrgica de tórax, promoviendo una recuperación exitosa y minimizando el riesgo de complicaciones respiratorias. Su enfoque multidisciplinario y atención personalizada son fundamentales para garantizar una atención de alta calidad a los pacientes sometidos a cirugía torácica.

5 Discusión-Conclusión

La presencia activa del fisioterapeuta en sesiones clínicas relacionadas con la terapia de oscilación y la expectoración asistida en intervenciones quirúrgicas de tórax es de vital importancia. Estos procedimientos quirúrgicos a menudo limitan la capacidad pulmonar y la movilidad torácica, lo que puede resultar en complicaciones respiratorias posteriores a la cirugía. El fisioterapeuta juega un

papel esencial al diseñar planes de tratamiento personalizados para cada paciente, ayudando a prevenir problemas como la atelectasia y las infecciones pulmonares, y mejorando la eficiencia respiratoria.

Además, la educación que proporciona el fisioterapeuta a los pacientes sobre técnicas de respiración y ejercicios específicos que pueden realizar por sí mismos es esencial para empoderar a los pacientes en su proceso de recuperación. Su presencia en las sesiones clínicas promueve la colaboración interdisciplinaria y garantiza que los pacientes reciban una atención integral que aborda tanto las necesidades físicas como las emocionales, contribuyendo así a una recuperación más exitosa y una mejor calidad de vida después de la cirugía de tórax.

6 Bibliografía

1. Martínez Camacho, M. Á., Jones Baro, R. A., & Gómez González, A. (2020). El fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos; ¿un profesional necesario?. *Acta médica Grupo Ángeles*, 18(1), 104-105.

Capítulo 650

ORGANIZACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR EL CELADOR

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

1 Introducción

La organización de pacientes ingresados en un entorno de atención médica es esencial para garantizar una atención segura y efectiva.

Aquí se describen algunas de las principales consideraciones en la organización de pacientes ingresados:

- Triage: El proceso de triaje se utiliza para determinar la gravedad de la condición del paciente y la prioridad de atención. Los pacientes se dividen en diferentes categorías según su necesidad de atención urgente, lo que ayuda a asignar recursos de manera adecuada.
- Asignación de habitaciones: Los pacientes se asignan a habitaciones de acuerdo con su diagnóstico y necesidades específicas. Por ejemplo, se pueden agrupar pacientes con enfermedades infecciosas en una misma área para prevenir la propagación de infecciones.

- Planes de atención: Cada paciente tiene un plan de atención individualizado, que incluye la evaluación de las necesidades médicas, la administración de medicamentos, las terapias y otros tratamientos específicos.
- Registro de datos: Se mantiene un registro preciso de la información médica y administrativa de cada paciente. Esto incluye información demográfica, resultados de pruebas, historial médico y otros datos relevantes.
- Comunicación interdisciplinaria: Los equipos de atención médica, que pueden incluir médicos, enfermeras, terapeutas y técnicos, colaboran estrechamente para proporcionar atención integral al paciente. La comunicación efectiva es clave para coordinar el cuidado.
- Control de infecciones: Se implementan medidas estrictas de control de infecciones para prevenir la propagación de enfermedades dentro del entorno hospitalario.
- Seguridad del paciente: Se toman medidas para garantizar la seguridad del paciente, como la identificación adecuada del paciente antes de administrar medicamentos o realizar procedimientos.
- Seguimiento y evaluación: Se realizan evaluaciones periódicas del estado del paciente y se ajustan los planes de atención según sea necesario.
- Alta hospitalaria: Cuando el paciente está listo para ser dado de alta, se coordina la transición a la atención en el hogar o en otro entorno de cuidado.

La organización efectiva de pacientes ingresados requiere una planificación cuidadosa, comunicación sólida y atención centrada en el paciente. Esto garantiza que cada individuo reciba la atención necesaria de manera oportuna y segura.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en la organización de pacientes ingresados.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo.

En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en la organización de los pacientes ingresados en un entorno de atención médica. Sus funciones son variadas y esenciales para garantizar una atención segura y eficiente.

Aquí se describen algunas de las principales funciones del celador en este contexto:

- Traslado de pacientes: El celador se encarga del traslado de pacientes desde y hacia las áreas de atención médica, como habitaciones, salas de procedimientos y unidades de diagnóstico. Esto requiere el uso de técnicas adecuadas de transferencia y el manejo de equipos de movilización.
- Acompañamiento: A menudo, el celador acompaña a los pacientes durante sus traslados, proporcionando apoyo físico y emocional. Esto es especialmente importante para pacientes con movilidad limitada o necesidades especiales.
- Preparación de salas: Antes y después de los procedimientos médicos, el celador prepara las salas y el equipo necesario. Asegura que todo esté en orden y listo para su uso.
- Control de acceso: El celador puede controlar el acceso a ciertas áreas del hospital para garantizar la seguridad y la privacidad de los pacientes. Esto incluye verificar la identidad de las personas que ingresan a las habitaciones o áreas restringidas.
- Transporte de material y suministros: Además de trasladar pacientes, el celador puede transportar material médico, suministros y equipos entre las diferentes áreas del hospital, asegurándose de que estén disponibles cuando se necesiten.
- Apoyo en emergencias: Durante situaciones de emergencia, como códigos de reanimación, el celador puede desempeñar un papel importante al ayudar en la movilización de equipos y personal médico.
- Apoyo al personal médico: El celador colabora con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud en la organización de pacientes y la ejecución de procedimientos, asegurando que todo se realice de manera fluida.

- Mantenimiento de la limpieza: Contribuye a mantener la limpieza y el orden en las áreas de atención médica, garantizando un entorno higiénico y seguro.
- Trato amable y compasivo: El celador interactúa directamente con los pacientes y sus familias, por lo que es importante que brinde un trato amable y compasivo, mostrando empatía hacia las necesidades y preocupaciones de los pacientes.

El celador desempeña un papel esencial en la organización de los pacientes ingresados en un entorno de atención médica. Su trabajo contribuye a garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera segura y eficiente, al tiempo que brinda apoyo y confort en momentos de vulnerabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Para contribuir a una buena organización de los pacientes ingresados, como celador, es esencial mantener una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería. Esto implica estar siempre disponible para asistir en los traslados y procedimientos, y ser proactivo al anticipar las necesidades del equipo de atención médica. Además, es fundamental mantener un enfoque amable y compasivo al interactuar con los pacientes y sus familias, brindándoles apoyo emocional y asegurándoles que están en buenas manos.

En segundo lugar, es importante mantener un ambiente limpio y ordenado en todas las áreas del hospital. Esto contribuye a la seguridad y comodidad de los pacientes. Asimismo, es crucial respetar la privacidad y confidencialidad de los pacientes en todo momento, asegurando que sus datos personales y médicos estén protegidos.

En definitiva, como celador, su compromiso con la comunicación efectiva, la empatía y el mantenimiento de un entorno hospitalario limpio y seguro es esencial para una buena organización y atención de los pacientes ingresados.

6 Bibliografía

1. Miró, Ò., Sánchez, C., Gil, V., Repullo, D., García-Lamberechts, E. J., González del Castillo, J., & Llorens, P. (2022). Organización y práctica clínica actual en los servicios de urgencias españoles en la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias*, 34(2).

Capítulo 651

FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS DAÑOS Y PROBLEMAS EN LAS INSTALACIONES SANITARIAS

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

1 Introducción

Los daños o problemas en las instalaciones hospitalarias pueden tener consecuencias significativas para la atención médica y la seguridad de los pacientes y el personal. Aquí se mencionan algunos ejemplos de problemas comunes:

Fallos eléctricos: Interrupciones en el suministro eléctrico o problemas en el sistema eléctrico pueden afectar el funcionamiento de equipos médicos críticos, como ventiladores, monitores cardíacos y sistemas de respaldo de energía.

Fallos en el suministro de agua: Problemas en la red de suministro de agua pueden resultar en la falta de agua potable para el personal y los pacientes, lo que compromete la higiene y la preparación de alimentos.

Problemas de fontanería: Las tuberías con fugas o bloqueadas pueden causar inundaciones en áreas críticas, como quirófanos o salas de pacientes, lo que pone en riesgo la seguridad y la higiene.

Fallos en el sistema de climatización: Los sistemas de aire acondicionado o calefacción defectuosos pueden afectar la comodidad de los pacientes y el personal, así como la conservación de medicamentos y material médico sensible a la temperatura.

Problemas estructurales: Daños en la estructura del edificio, como grietas o debilidades en la infraestructura, pueden poner en peligro la seguridad de todos en el hospital.

Infestaciones de plagas: La presencia de plagas, como roedores o insectos, puede aumentar el riesgo de infecciones y enfermedades en un entorno hospitalario.

Problemas de seguridad: Problemas en los sistemas de seguridad, como cámaras o alarmas, pueden comprometer la seguridad de los pacientes y el personal.

Fallos en la tecnología de la información: Interrupciones en los sistemas de registro médico electrónico o de comunicación pueden dificultar la atención y la coordinación entre los equipos médicos.

Es fundamental que los hospitales cuenten con protocolos de mantenimiento y respuesta a emergencias para abordar estos problemas de manera eficaz y minimizar su impacto en la atención médica. La prevención y la acción rápida son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar de todos en un entorno hospitalario.

2 Objetivos

Describir el papel del celador en relación con los daños y problemas en las instalaciones sanitarias.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha

matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El rol del celador en situaciones de daños o problemas en las instalaciones hospitalarias es crucial para mantener la seguridad de los pacientes, el personal y la integridad de las operaciones hospitalarias. A continuación, se describen las funciones clave del celador en estas circunstancias:

Alerta y notificación: El celador es a menudo la primera persona en detectar problemas en las instalaciones, como cortes de energía, escapes de agua o fallos estructurales. Su función inicial es notificar de inmediato a las autoridades pertinentes, como el personal de mantenimiento o seguridad, para que se tomen medidas correctivas rápidamente.

Seguridad de pacientes y personal: En situaciones de emergencia, como cortes de energía o problemas estructurales, el celador debe asegurarse de que los pacientes y el personal estén a salvo. Esto puede implicar guiar a los pacientes a áreas seguras, como zonas de evacuación designadas, y ayudar a los profesionales de la salud a trasladar a los pacientes que requieren cuidados especiales.

Coordinación: El celador puede desempeñar un papel importante en la coordinación de esfuerzos durante situaciones de emergencia. Esto implica trabajar en estrecha colaboración con el personal de seguridad, mantenimiento y el equipo de atención médica para garantizar una respuesta efectiva y segura.

Asistencia en evacuaciones: En casos de daños estructurales graves o amenazas a la seguridad, como incendios, el celador puede ayudar en la evacuación segura de pacientes y personal. Esto incluye guiar a las personas hacia las salidas de emergencia y asegurarse de que se sigan los procedimientos de evacuación establecidos.

Control de acceso: Durante situaciones de problemas en las instalaciones, el celador puede desempeñar un papel importante en el control de acceso a áreas afectadas. Esto ayuda a mantener la seguridad y evita que personas no autorizadas entren en áreas de riesgo.

Ayuda en la movilización de suministros y equipo: En algunas situaciones, como cortes de energía prolongados, el celador puede ayudar a movilizar suministros

críticos, como linternas, equipos de emergencia o suministros médicos, para garantizar la continuidad de la atención médica.

Comunicación con el personal: El celador puede desempeñar un papel clave en la comunicación con el personal del hospital y los pacientes durante situaciones de emergencia. Esto incluye proporcionar información actualizada sobre la situación y las medidas de seguridad.

El celador desempeña un papel fundamental en la gestión de problemas y daños en las instalaciones hospitalarias. Su capacidad para alertar, coordinar y asegurar la seguridad de pacientes y personal es esencial para mantener la atención médica segura y efectiva, incluso en situaciones de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Para abordar eficazmente los daños y problemas en las instalaciones hospitalarias, mi recomendación como celador es mantener la calma y seguir un protocolo establecido. En primer lugar, el celador debe notificar de inmediato a las autoridades pertinentes, como el personal de mantenimiento o seguridad, para que tomen medidas correctivas rápidas. Además, colaborar activamente con el personal de salud y seguridad para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal durante situaciones de emergencia.

En segundo lugar, seguir los procedimientos de evacuación y control de acceso establecidos. Asegurarse de que los pacientes sean guiados de manera segura a las áreas designadas para situaciones de emergencia y evitar el acceso a áreas de riesgo. Mantener una comunicación clara y constante con el personal y los pacientes para proporcionar información actualizada sobre la situación.

La preparación, la coordinación y la comunicación son fundamentales para resolver los problemas en las instalaciones hospitalarias de manera efectiva y garantizar la seguridad de todos los involucrados.

6 Bibliografía

Rivera Rogel, C. A. (2020). Metodología para evaluación rápida de susceptibilidad de pérdida de función por sismos en infraestructura hospitalaria.

Capítulo 652

GUARDIA HOSPITALARIA DEL CELADOR

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

1 Introducción

La guardia hospitalaria es una función esencial desempeñada por el celador en el entorno hospitalario. Se refiere a la responsabilidad de asegurar la seguridad, el orden y la asistencia en el hospital durante su turno de trabajo. La labor del celador durante la guardia hospitalaria abarca una serie de tareas críticas que contribuyen al funcionamiento adecuado de la institución médica y al bienestar de pacientes y personal.

En primer lugar, el celador debe mantener una presencia vigilante para garantizar la seguridad física de las instalaciones. Esto incluye patrullar áreas clave, controlar el acceso a las zonas sensibles y responder rápidamente a situaciones de emergencia, como incendios o alarmas médicas. Además, el celador es responsable de garantizar que se respeten las políticas de seguridad y que se cumplan las regulaciones pertinentes.

La asistencia a pacientes y visitantes es otro aspecto fundamental de la guardia hospitalaria. El celador debe estar disponible para proporcionar direcciones, ayudar en traslados de pacientes, acompañar a familiares y visitantes, y responder a sus preguntas y necesidades. También puede brindar apoyo emocional en momentos de ansiedad o incertidumbre.

La guardia hospitalaria del celador abarca la seguridad, el orden y la asistencia en el entorno hospitalario. Su presencia y acciones son esenciales para mantener un ambiente seguro y acogedor, contribuyendo al bienestar de todos los involucrados en la atención médica.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en la guardia hospitalaria.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Las funciones del celador en la guardia hospitalaria son vitales para asegurar la seguridad y el funcionamiento adecuado del hospital durante su turno.

Aquí se describen algunas de las funciones clave:

- Vigilancia y seguridad: El celador debe mantener una vigilancia constante para identificar posibles situaciones de riesgo o emergencia. Esto incluye patrullar áreas clave del hospital, como pasillos, salas de espera y entradas, para detectar cualquier actividad sospechosa o condiciones inseguras. En caso de incendio, evacuación o alarmas médicas, el celador debe responder de manera inmediata y coordinada para garantizar la seguridad de pacientes y personal.
- Control de acceso: El celador es responsable de controlar el acceso a las áreas sensibles del hospital, como salas de cirugía, unidades de cuidados intensivos y

farmacias. Asegura que solo las personas autorizadas tengan acceso, evitando intrusiones no deseadas.

- Asistencia a pacientes y visitantes: Brinda apoyo a pacientes y visitantes en la orientación por el hospital, proporcionando direcciones y acompañando a aquellos que lo necesiten, especialmente a pacientes con movilidad limitada. El celador también es una fuente de información para responder a preguntas y preocupaciones.
- Transporte de pacientes: Ayuda en el traslado seguro de pacientes de una área a otra del hospital, como de la sala de operaciones a la sala de recuperación. Esto requiere el uso de técnicas adecuadas de movilización y la colaboración con el personal de enfermería.
- Control de la circulación: Durante situaciones de alta actividad, como la entrada o salida de ambulancias o visitantes, el celador controla el flujo de tráfico en áreas designadas para evitar congestiones y asegurar una circulación fluida.
- Cumplimiento de políticas y regulaciones: Asegura que se cumplan las políticas y regulaciones de seguridad y control de acceso del hospital. Esto incluye verificar identificaciones y autorizaciones según sea necesario.
- Apoyo en emergencias: En situaciones de emergencia, como inundaciones, cortes de energía o incendios, el celador ayuda en la evacuación segura de pacientes y el despliegue de equipos de emergencia. Colabora estrechamente con el personal de seguridad y mantenimiento.
- Mantenimiento del orden y la limpieza: Contribuye al mantenimiento del orden y la limpieza en áreas comunes, como salas de espera y pasillos, para crear un ambiente seguro y acogedor.

La labor del celador en la guardia hospitalaria es diversa y fundamental para garantizar un entorno hospitalario seguro y bien organizado. Su presencia y su capacidad de respuesta en situaciones críticas son esenciales para mantener la calidad de la atención médica y el bienestar de pacientes y visitantes.

5 Discusión-Conclusión

Como celador en las guardias hospitalarias, la recomendación principal es mantener una actitud vigilante y comprometida con la seguridad de todos en el hospi-

tal. La vigilancia constante es esencial para identificar y responder rápidamente a situaciones de emergencia o riesgo. Esté preparado para actuar de manera coordinada con el personal de seguridad y el equipo médico en caso de incidentes.

Además, promover una actitud de servicio y empatía al interactuar con pacientes y visitantes es fundamental, ofreciendo ayuda y orientación con amabilidad, especialmente a aquellos que puedan estar experimentando estrés o ansiedad debido a su visita al hospital. Escuchar y responder a sus preguntas y necesidades puede marcar una gran diferencia en su experiencia en el hospital.

El rol como celador en las guardias hospitalarias implica un equilibrio entre la seguridad y el servicio. Su presencia y actitud son esenciales para mantener un ambiente hospitalario seguro y acogedor.

6 Bibliografía

1. Paviglianiti Labiano, V. D., Ruiz, V. J., Rodriguez, R. G., & Pattini, A. E. (2022). Luz, visión y factores humanos en guardias obstétrico-ginecológicas: estudio de casos.

Capítulo 653

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE TÚMULOS DEL HOSPITAL

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MIGUEL MORÓN MALDONADO

1 Introducción

El área de túmulos en un hospital es un espacio específicamente destinado para el almacenamiento temporal de los cuerpos fallecidos antes de su traslado a la morgue o a la funeraria correspondiente. Esta área es fundamental en el funcionamiento de un hospital, ya que se encarga de garantizar el manejo digno y respetuoso de los difuntos, así como de mantener un ambiente controlado para prevenir posibles riesgos sanitarios. Aquí se describen algunas de las características principales del área de túmulos:

Recepción de cadáveres: El área de túmulos recibe los cuerpos de los pacientes fallecidos en el hospital, registrándolos adecuadamente y asegurando que se realicen los procedimientos de identificación necesarios.

Almacenamiento temporal: Los cuerpos se mantienen en condiciones adecuadas de temperatura y humedad para preservar su integridad hasta que se complete

la documentación requerida y se realice su traslado.

Control de acceso: El acceso al área de túmulos está restringido a personal autorizado y se mantiene bajo vigilancia para garantizar la seguridad y la confidencialidad.

Cumplimiento de normativas: El área de túmulos sigue regulaciones estrictas en cuanto a manejo de cadáveres y control de infecciones para prevenir posibles riesgos sanitarios.

Coordinación con funerarias: En ocasiones, el personal del área de túmulos se comunica con funerarias para organizar el traslado adecuado de los cuerpos a su destino final.

Trato digno y respetuoso: Se promueve un ambiente de respeto y empatía hacia los difuntos y sus familias, proporcionando apoyo emocional cuando sea necesario.

El área de túmulos desempeña un papel esencial en el proceso de manejo de los cuerpos de los fallecidos en el hospital, asegurando que se realice de manera digna, respetuosa y cumpliendo con las regulaciones sanitarias pertinentes.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en el área de túmulos 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 tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador en el área de túmulos del hospital tiene una responsabilidad especializada en el manejo de los cuerpos fallecidos, lo que requiere un enfoque delicado y respetuoso. Aunque sus funciones pueden variar según las políticas y procedimientos específicos de cada institución, aquí se describen algunas de las funciones clave del celador en el área de túmulos:

Recepción de cuerpos: El celador es responsable de recibir y registrar los cuerpos fallecidos que llegan al área de túmulos. Esto implica verificar la identidad del difunto y documentar la información necesaria, como la hora y la causa del fallecimiento.

Mantenimiento del área: Asegura que el área de túmulos esté en condiciones adecuadas de limpieza, temperatura y humedad para preservar los cuerpos de manera digna y respetuosa.

Control de acceso: El acceso al área de túmulos suele estar restringido, y el celador garantiza que solo el personal autorizado tenga permiso para ingresar. Esto es crucial para mantener la confidencialidad y el respeto por los difuntos y sus familias.

Identificación y etiquetado: Colabora en la identificación de los cuerpos y el etiquetado correcto de cada uno, asegurando que se sigan los procedimientos de manejo apropiados.

Registro y documentación: Lleva un registro preciso de los cuerpos recibidos, incluyendo datos como la hora de llegada y cualquier documentación relacionada con el fallecimiento.

Coordinación con funerarias: En algunos casos, el celador puede colaborar con funerarias para organizar el traslado de los cuerpos a su destino final, asegurándose de que se realice de manera adecuada y respetuosa.

Apoyo a familias: En situaciones difíciles, el celador debe brindar apoyo emocional y respetuoso a las familias de los difuntos, guiándolas y proporcionándoles información necesaria sobre los procedimientos a seguir.

Cumplimiento normativo: Asegura que se cumplan todas las regulaciones y procedimientos relacionados con el manejo de cadáveres y el control de infecciones para prevenir posibles riesgos sanitarios.

El celador en el área de túmulos del hospital juega un papel esencial al garantizar que el manejo de los cuerpos fallecidos se realice con dignidad, respeto y de acuerdo con las regulaciones sanitarias. Su labor es fundamental para ofrecer apoyo a las familias en momentos difíciles y para mantener el área en condiciones óptimas para la preservación de los cuerpos hasta su destino final.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el celador en el área de túmulos del hospital es mantener una actitud de profundo respeto y empatía en todo momento. Trabajar en este entorno implica lidiar con situaciones delicadas y con familiares en duelo, por lo que es esencial brindar apoyo emocional y tratar a los difuntos con el mayor respeto posible.

Además, se debe seguir rigurosamente cada procedimiento y normativa relacionada con el manejo de cadáveres y control de infecciones. El cumplimiento de estas regulaciones es crucial para garantizar la seguridad sanitaria y el respeto por los difuntos y sus familias. Mantener una comunicación efectiva y colaborar estrechamente con el personal médico y funerario también son prácticas importantes para llevar a cabo esta tarea con la mayor dignidad y profesionalismo posible.

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 654

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CITOSTÁTICOS DE FARMACIA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MIGUEL MORÓN MALDONADO

1 Introducción

El área de citostáticos en farmacia hospitalaria es un espacio especializado donde se manipulan, preparan y almacenan medicamentos citotóxicos o citostáticos, que son fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer. Estos medicamentos son altamente potentes y tóxicos para las células cancerosas, por lo que su manejo debe ser extremadamente preciso y seguro para proteger tanto a los pacientes como al personal de salud. A continuación, se describen algunas de las características principales del área de citostáticos en farmacia hospitalaria:

Manipulación segura: El personal de farmacia hospitalaria en esta área está altamente capacitado en técnicas de manipulación segura de citostáticos, que incluyen el uso de equipo de protección personal y la adopción de procedimientos que minimizan el riesgo de exposición.

Preparación personalizada: Los medicamentos citostáticos a menudo se preparan de manera personalizada para cada paciente, en dosis y formulaciones específicas. Esto requiere un alto nivel de precisión y atención a los detalles.

Almacenamiento adecuado: Los citostáticos se almacenan en condiciones controladas de temperatura y humedad para mantener su eficacia y seguridad a largo plazo.

Etiquetado y control de inventario: Cada preparación se etiqueta adecuadamente, y se lleva un control estricto del inventario para garantizar que se disponga de suficiente suministro en todo momento.

Cumplimiento normativo: El área de citostáticos sigue regulaciones rigurosas relacionadas con el manejo de medicamentos peligrosos y los protocolos de seguridad en farmacia hospitalaria.

Formación continua: El personal de farmacia hospitalaria en esta área recibe formación continua sobre los últimos avances en el tratamiento del cáncer y las mejores prácticas en el manejo de citostáticos.

Colaboración interdisciplinaria: Trabaja en estrecha colaboración con oncólogos y otros profesionales de la salud para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y seguro.

El área de citostáticos en farmacia hospitalaria desempeña un papel crítico en el tratamiento del cáncer al garantizar que los medicamentos citotóxicos se preparen y administren de manera segura y precisa. Su función es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y contribuir a su recuperación.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en el área de citostáticos de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

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

Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el área de citostáticos de farmacia hospitalaria, donde se manipulan medicamentos altamente tóxicos y potentes para el tratamiento del cáncer. Aunque las funciones específicas pueden variar según las políticas del hospital, aquí se describen algunas de las funciones clave del celador en esta área:

Mantenimiento del área: El celador es responsable de garantizar que el área de citostáticos esté en condiciones óptimas de limpieza y orden, lo que es esencial para prevenir la contaminación cruzada y mantener un entorno seguro.

Control de acceso: Supervisa el acceso al área y garantiza que solo el personal autorizado entre. Esto es crucial para mantener la seguridad y evitar la exposición accidental a los citostáticos, que son peligrosos.

Apoyo logístico: Ayuda en la recepción y distribución de los citostáticos y materiales relacionados, colaborando estrechamente con el personal de farmacia para asegurarse de que todo esté en su lugar.

Transporte seguro: Si es necesario, el celador puede estar involucrado en el transporte de medicamentos citotóxicos desde el área de citostáticos hasta otras partes del hospital, siguiendo los protocolos de seguridad establecidos.

Gestión de residuos: Colabora en la eliminación segura de los residuos generados en la preparación de citostáticos, siguiendo las regulaciones estrictas para prevenir la contaminación ambiental.

Apoyo emocional: Reconociendo la naturaleza delicada de los tratamientos oncológicos, el celador debe mostrar empatía hacia los pacientes y sus familias, proporcionando apoyo emocional cuando sea necesario y respetando su privacidad.

Mantenimiento de registros: Contribuye a mantener registros precisos de las actividades realizadas en el área de citostáticos, lo que es esencial para el control

de inventario y la trazabilidad de medicamentos.

Cumplimiento normativo: Asegura que se sigan todas las regulaciones y normativas relacionadas con el manejo de citostáticos y los protocolos de seguridad en farmacia hospitalaria.

Formación y capacitación: Recibe formación continua para mantenerse al tanto de las mejores prácticas y los últimos avances en el manejo de citostáticos, lo que es fundamental para garantizar la seguridad y la calidad en la preparación de medicamentos.

El celador en el área de citostáticos de farmacia hospitalaria juega un papel esencial al garantizar un manejo seguro y preciso de los medicamentos citotóxicos utilizados en el tratamiento del cáncer. Su labor contribuye a la seguridad de los pacientes y al éxito de los tratamientos oncológicos, manteniendo un entorno controlado y siguiendo estrictamente las regulaciones y procedimientos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el celador en el área de citostáticos de farmacia es mantener una atención meticulosa a los detalles y un alto nivel de conciencia sobre la seguridad en todo momento. La manipulación de medicamentos citotóxicos es una tarea delicada y requiere un enfoque extremadamente preciso. Esto implica seguir rigurosamente los procedimientos establecidos y utilizar el equipo de protección personal adecuado para prevenir cualquier riesgo de exposición.

Además, es esencial mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes y sus familias, ya que se trata de un momento especialmente delicado en el tratamiento del cáncer. Brindar apoyo emocional y respetar su privacidad contribuye significativamente a aliviar sus preocupaciones y a crear un ambiente más reconfortante.

En resumen, la atención meticulosa, el enfoque en la seguridad y la empatía son esenciales para el celador en el área de citostáticos de farmacia. Su labor desempeña un papel crucial en el tratamiento del cáncer, asegurando la preparación segura y precisa de estos medicamentos y brindando apoyo a los pacientes en su proceso de recuperación.

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 655

EL ELECTRICISTA EN SUS FUNCIONES CON EL CUADRO ELÉCTRICO DE URGENCIAS

DAVID GARCÍA BERNAL

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Un cuadro eléctrico de urgencias, en el contexto de la electricidad y la seguridad, se refiere a un panel o tablero eléctrico diseñado específicamente para gestionar situaciones de emergencia relacionadas con el suministro eléctrico en un edificio o instalación. Este tipo de cuadro es esencial para garantizar la seguridad de las personas y la continuidad de las operaciones en caso de fallos eléctricos o emergencias.

En un cuadro eléctrico de urgencias, se suelen encontrar dispositivos como interruptores de emergencia, interruptores de desconexión rápida, fusibles y sistemas de alarma. Estos componentes permiten aislar rápidamente secciones de la instalación eléctrica en caso de cortocircuitos, sobrecargas o cualquier otro problema

eléctrico que pueda representar un peligro. También pueden incluir sistemas de iluminación de emergencia que se activan automáticamente en caso de corte de energía, proporcionando iluminación esencial para evacuaciones seguras.

Además, el cuadro eléctrico de urgencias puede estar conectado a un sistema de monitoreo que alerta a personal de seguridad o bomberos en caso de un problema eléctrico grave o un incendio eléctrico. Estos paneles son comunes en edificios comerciales, hospitales, fábricas y otros lugares donde la electricidad es esencial y donde la seguridad en situaciones de emergencia es de suma importancia.

Un cuadro eléctrico de urgencias es un componente crítico en la gestión de la seguridad eléctrica en edificios e instalaciones, ya que permite tomar medidas rápidas y efectivas para proteger a las personas y los activos en situaciones de emergencia relacionadas con la electricidad.

2 Objetivos

Exponer las funciones del electricista en el cuadro eléctrico de urgencias.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El electricista desempeña un papel fundamental en el diseño, instalación, mantenimiento y reparación de un cuadro eléctrico de urgencias. Estas son algunas de las funciones clave que realiza un electricista en relación con este tipo de cuadros:

Diseño del cuadro eléctrico: El electricista colabora con ingenieros eléctricos y diseñadores para planificar y diseñar el cuadro eléctrico de urgencias de acuerdo con las necesidades y requisitos específicos del edificio o la instalación. Esto incluye determinar la ubicación óptima del cuadro, la selección de los componentes

adecuados y el diseño de los circuitos eléctricos de emergencia.

Instalación y cableado: El electricista es responsable de la instalación física del cuadro eléctrico, asegurando que todos los componentes se conecten correctamente y que los cables estén debidamente etiquetados y aislados para evitar cortocircuitos o problemas de seguridad. También verifica que la instalación cumpla con los códigos eléctricos y las normativas de seguridad.

Configuración de dispositivos de seguridad: Los cuadros eléctricos de urgencias suelen incluir dispositivos de seguridad, como interruptores de desconexión rápida, fusibles y dispositivos de protección contra sobrecargas. El electricista configura y calibra estos dispositivos para garantizar que funcionen adecuadamente en situaciones de emergencia.

Pruebas y mantenimiento: El electricista realiza pruebas periódicas en el cuadro eléctrico de urgencias para asegurarse de que todos los sistemas estén operativos. Esto incluye la verificación de los interruptores de emergencia, las luces de emergencia y otros componentes críticos. Además, realiza el mantenimiento preventivo necesario para prolongar la vida útil del cuadro y garantizar su fiabilidad.

Reparaciones y solución de problemas: En caso de fallos eléctricos o problemas en el cuadro de urgencias, el electricista es el encargado de diagnosticar y solucionar las fallas de manera eficiente y segura. Esto puede implicar reemplazar componentes dañados, reparar conexiones defectuosas o ajustar configuraciones.

Actualizaciones y mejoras: A medida que cambian las necesidades de un edificio o instalación, el electricista puede llevar a cabo actualizaciones o mejoras en el cuadro eléctrico de urgencias para garantizar su eficacia continua. Esto podría incluir la incorporación de tecnologías más avanzadas o la expansión del sistema para abordar nuevas áreas o necesidades.

El electricista desempeña un papel esencial en la planificación, instalación, mantenimiento y reparación de cuadros eléctricos de urgencias para garantizar la seguridad y la funcionalidad en situaciones de emergencia. Su experiencia y conocimientos son vitales para mantener un entorno eléctrico seguro y confiable.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para mantener un cuadro de urgencias hospitalarias en óptimas condiciones es establecer un programa de mantenimiento preventivo regular. Esto implica inspeccionar y probar todos los componentes del cuadro eléctrico periódicamente, incluyendo interruptores de emergencia, luces de emergencia, dispositivos de protección, y cables. Identificar y abordar problemas potenciales antes de que se conviertan en faltas graves es esencial para la seguridad del hospital.

Además, se debe llevar un registro detallado de todas las inspecciones y las acciones de mantenimiento realizadas, lo que facilita un seguimiento efectivo y la planificación de futuras intervenciones. También es importante capacitar al personal del hospital sobre cómo responder adecuadamente en caso de emergencia eléctrica y cómo utilizar los dispositivos de seguridad del cuadro de urgencias.

Mantener una comunicación constante con un electricista calificado y estar al tanto de las regulaciones y códigos eléctricos vigentes es esencial para garantizar la seguridad y el funcionamiento confiable del cuadro de urgencias hospitalarias a lo largo del tiempo.

6 Bibliografía

Heredia Marquez, W. M. (2020). Efecto de la implementación de un proceso de trigeneración sobre el consumo de energía primaria en un hospital.

Capítulo 656

INSTALACIÓN DE CUADRO ELÉCTRICO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

DAVID GARCÍA BERNAL

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La instalación de un cuadro eléctrico de urgencias es una parte crítica de la infraestructura eléctrica en entornos como hospitales, clínicas o edificios comerciales, donde la continuidad del suministro de energía es esencial para garantizar la seguridad y el funcionamiento de los sistemas médicos y de emergencia. Aquí se describen los pasos clave en la instalación de un cuadro eléctrico de urgencias:

Planificación y diseño: Antes de la instalación, se realiza una planificación detallada en colaboración con ingenieros eléctricos y profesionales de seguridad. Se determina la ubicación estratégica del cuadro y se diseñan los circuitos de emergencia que deben estar conectados a él.

Selección de componentes: Se eligen cuidadosamente los componentes del cuadro, como interruptores de emergencia, dispositivos de protección, luces de emergencia y sistemas de alarma. Todos estos elementos deben cumplir con las normativas de seguridad eléctrica y códigos locales.

Cableado y conexiones: Los cables se instalan y conectan a los dispositivos y circuitos correspondientes. La instalación debe seguir cuidadosamente las normativas y códigos eléctricos para garantizar la seguridad.

Pruebas y comprobaciones: Una vez instalado, se realizan pruebas exhaustivas para asegurarse de que todos los componentes funcionen correctamente. Esto incluye verificar la activación de los interruptores de emergencia, el funcionamiento de las luces de emergencia y la respuesta a situaciones simuladas de corte de energía.

Documentación y etiquetado: Se crea una documentación detallada que incluye planos eléctricos, listas de componentes y procedimientos de operación y mantenimiento. Además, se etiquetan claramente todos los componentes y conexiones para facilitar su identificación y mantenimiento.

Formación del personal: Se capacita al personal responsable de operar y mantener el cuadro eléctrico de urgencias. Esto incluye instrucciones sobre cómo responder adecuadamente en caso de una emergencia eléctrica y cómo realizar pruebas y mantenimiento básico.

La instalación de un cuadro eléctrico de urgencias es un proceso técnico y crítico que debe ser llevado a cabo por electricistas calificados y siguiendo estrictamente las normativas y códigos eléctricos locales. Un correcto diseño y una instalación adecuada son fundamentales para garantizar la confiabilidad y la seguridad en situaciones de emergencia eléctrica.

2 Objetivos

Exponer cómo se realiza la instalación del cuadro eléctrico 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 electricista desempeña un papel esencial en la instalación de un cuadro eléctrico de fuerza en una sala de urgencias, donde la energía eléctrica es crítica para el funcionamiento de equipos médicos vitales y la atención de pacientes en situaciones de emergencia. Aquí se describen las funciones clave que realiza un electricista en esta instalación:

Diseño y planificación: En colaboración con ingenieros eléctricos y diseñadores, el electricista contribuye al diseño del cuadro eléctrico de fuerza. Esto implica determinar la capacidad eléctrica requerida, la ubicación óptima del cuadro y la distribución de circuitos para alimentar equipos médicos, iluminación de emergencia y sistemas de seguridad.

Selección de componentes: El electricista selecciona cuidadosamente los componentes del cuadro, incluyendo interruptores de fuerza, disyuntores, contactores, relés y medidores de energía. Deben cumplir con normativas de seguridad eléctrica y estar dimensionados adecuadamente para la carga esperada.

Cableado y conexiones: Lleva a cabo la instalación de cables y conductos eléctricos, conectando los circuitos desde el cuadro eléctrico principal hasta los puntos de uso en la sala de urgencias. Esto incluye la conexión de equipos médicos críticos como desfibriladores, monitores y sistemas de soporte vital.

Pruebas y comprobaciones: Una vez instalado, el electricista realiza pruebas exhaustivas para garantizar que todos los circuitos funcionen correctamente. Esto incluye verificar la distribución de energía a cada punto, comprobar la operación de interruptores y contactores, y asegurarse de que no haya fallas eléctricas.

Seguridad eléctrica: El electricista se asegura de que se cumplan todas las normativas de seguridad eléctrica, como la instalación de dispositivos de protección contra sobrecargas y cortocircuitos, y la adecuada puesta a tierra de equipos y circuitos. La seguridad es una prioridad para prevenir accidentes eléctricos.

Documentación y etiquetado: Prepara documentación detallada que incluye planos eléctricos, listas de componentes y procedimientos de operación y man-

tenimiento. Etiqueta claramente todos los componentes y conexiones para facilitar su identificación y mantenimiento futuro.

Formación del personal: Proporciona capacitación al personal médico y de mantenimiento en el uso seguro y eficaz de los sistemas eléctricos de la sala de urgencias, incluyendo la respuesta a situaciones de emergencia eléctrica y la identificación de circuitos y dispositivos clave.

La instalación de un cuadro eléctrico de fuerza en una sala de urgencias es una tarea crítica que requiere experiencia y conocimientos técnicos. Un error en la instalación eléctrica podría poner en riesgo la vida de los pacientes y la funcionalidad de los equipos médicos. Por lo tanto, la colaboración entre electricistas calificados y profesionales de la salud es esencial para garantizar la seguridad y el funcionamiento confiable en entornos de atención médica de urgencia.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr una excelente instalación del cuadro eléctrico de urgencias, es crucial seguir una planificación detallada y cumplir rigurosamente con los estándares de seguridad eléctrica. En primer lugar, recomiendo una evaluación exhaustiva de las necesidades eléctricas de la sala de urgencias en colaboración con ingenieros eléctricos y profesionales médicos. Esto garantizará que el cuadro eléctrico esté dimensionado correctamente y diseñado para satisfacer las demandas de energía de los equipos médicos críticos.

En segundo lugar, es esencial realizar pruebas integrales y comprobaciones exhaustivas antes de poner en funcionamiento la instalación. Cada circuito debe ser verificado, y se deben realizar pruebas de carga para asegurarse de que no haya problemas de rendimiento ni riesgos eléctricos. Además, se debe mantener un registro detallado de los procedimientos de prueba y del mantenimiento preventivo programado para garantizar el funcionamiento confiable a lo largo del tiempo. La seguridad y la confiabilidad son primordiales en entornos médicos de urgencia, y seguir estas recomendaciones ayudará a garantizar una instalación eléctrica de alta calidad.

6 Bibliografía

Heredia Marquez, W. M. (2020). Efecto de la implementación de un proceso de trigeneración sobre el consumo de energía primaria en un hospital.

Capítulo 657

CABLEADO ELÉCTRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

DAVID GARCÍA BERNAL

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

1 Introducción

El cableado eléctrico de urgencias hospitalarias se refiere al sistema de distribución eléctrica diseñado específicamente para garantizar la disponibilidad constante de energía en las áreas críticas de un hospital, como las salas de emergencias, las unidades de cuidados intensivos y los quirófanos. Este tipo de cableado está diseñado con una redundancia y fiabilidad extremadamente altas para garantizar que los equipos médicos esenciales, como ventiladores, monitores cardíacos, máquinas de diálisis y sistemas de iluminación de emergencia, funcionen de manera ininterrumpida incluso en situaciones de cortes de energía o emergencias.

El cableado de urgencias hospitalarias se caracteriza por:

Fuentes de alimentación redundantes: Para evitar cortes de energía, se utilizan sistemas de alimentación de respaldo, como generadores diésel y baterías de

respaldo, que entran en funcionamiento automáticamente en caso de una interrupción en el suministro eléctrico principal.

Circuito separado: Los circuitos de urgencias se mantienen separados de los circuitos eléctricos generales del hospital para evitar la sobrecarga y asegurar que la energía esté disponible exclusivamente para equipos críticos.

Dispositivos de protección: Se instalan dispositivos de protección contra sobrecargas, cortocircuitos y fallas a tierra para garantizar la seguridad eléctrica en todo momento.

Capacidades de monitoreo y control: Se utilizan sistemas de monitoreo y control para supervisar la calidad de la energía y garantizar un funcionamiento eficiente y seguro.

El cableado eléctrico de urgencias hospitalarias es un sistema eléctrico altamente especializado diseñado para garantizar la continuidad de la energía en áreas críticas de un hospital, donde la vida y la atención de los pacientes dependen en gran medida de un suministro eléctrico confiable. Este sistema cumple con normas estrictas de seguridad y redundancia para proteger la vida y la salud de los pacientes en situaciones de emergencia.

2 Objetivos

- Definir las funciones del electricista dentro del servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El electricista desempeña un papel fundamental en la instalación y mantenimiento del cableado eléctrico de urgencias hospitalarias para garantizar la continuidad del suministro eléctrico en áreas críticas. Aquí se describen las funciones clave que realiza un electricista en este contexto:

Diseño y planificación: En colaboración con ingenieros eléctricos y personal médico, el electricista contribuye al diseño del sistema de cableado eléctrico de urgencias. Esto incluye determinar la ubicación estratégica de los paneles de control, la selección de cables y conductos adecuados, y el diseño de circuitos eléctricos redundantes para garantizar la fiabilidad.

Instalación física: El electricista lleva a cabo la instalación física del sistema de cableado eléctrico, asegurando que todos los cables, conductos y conexiones cumplan con las normativas de seguridad y estén configurados correctamente. Esto implica la instalación de paneles eléctricos, interruptores de transferencia automática y sistemas de generación de energía de respaldo, como generadores diésel.

Conexión de equipos médicos: El electricista es responsable de conectar y asegurarse de que todos los equipos médicos críticos, como respiradores, monitores cardíacos y máquinas de diálisis, estén conectados al sistema de cableado de urgencias. Esto incluye verificar la calidad de la energía suministrada y asegurar la compatibilidad eléctrica de los equipos.

Pruebas y comprobaciones: Una vez instalado, el electricista realiza pruebas exhaustivas para verificar el funcionamiento adecuado del sistema de cableado eléctrico de urgencias. Esto incluye pruebas de interruptores de transferencia automática, generadores de respaldo y dispositivos de protección. También se realizan simulacros de cortes de energía para asegurarse de que el sistema responda correctamente en situaciones de emergencia.

Mantenimiento preventivo: El electricista programa y lleva a cabo el mantenimiento preventivo regular del sistema de cableado eléctrico. Esto implica inspecciones periódicas, limpieza de contactos eléctricos, pruebas de baterías de respaldo y ajustes necesarios para garantizar el funcionamiento confiable en todo momento.

Reparaciones y solución de problemas: En caso de fallas eléctricas o problemas en el sistema de urgencias, el electricista diagnostica y soluciona problemas de manera rápida y eficiente para restaurar la funcionalidad. Esto puede incluir la reparación o reemplazo de componentes dañados.

Capacitación del personal: El electricista proporciona capacitación al personal médico y de mantenimiento sobre cómo operar el sistema de cableado de urgencias, incluyendo el uso de interruptores de transferencia automática y la identificación de situaciones de emergencia eléctrica.

El electricista juega un papel esencial en la instalación y mantenimiento del cableado eléctrico de urgencias hospitalarias. Su experiencia garantiza que el sistema esté diseñado y operado de manera segura y confiable, lo que es crítico para

la atención médica en situaciones de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación crucial para el mantenimiento del cableado eléctrico en el servicio de urgencias es establecer un programa de revisión y mantenimiento preventivo regular. Esto implica inspeccionar periódicamente todos los componentes del sistema, como paneles eléctricos, interruptores de transferencia automática, generadores de respaldo y equipos médicos críticos. Identificar y abordar problemas potenciales antes de que se conviertan en fallas es esencial para garantizar la continuidad del suministro eléctrico en situaciones de emergencia. Además, es fundamental mantener un registro detallado de todas las inspecciones, pruebas y acciones de mantenimiento realizadas. Esto facilitará un seguimiento efectivo y permitirá tomar decisiones informadas sobre reparaciones o actualizaciones necesarias en el sistema eléctrico de urgencias.

La capacitación continua del personal del hospital sobre cómo responder adecuadamente en caso de una emergencia eléctrica y cómo utilizar los dispositivos de seguridad es igualmente importante. Cumplir con estas recomendaciones asegurará un servicio de urgencias con un sistema eléctrico confiable y seguro para brindar atención médica ininterrumpida en momentos críticos.

6 Bibliografía

1.-Heredia Marquez, W. M. (2020). Efecto de la implementación de un proceso de trigeneración sobre el consumo de energía primaria en un hospital.

Capítulo 658

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano. Aunque la mayoría de las personas con esta enfermedad pueden gestionar sus síntomas de forma ambulatoria, hay situaciones en las que puede ser necesario el ingreso hospitalario.

Las razones para el ingreso hospitalario en pacientes con enfermedad de Crohn pueden incluir:

Brotos graves: En ocasiones, los brotes de Crohn pueden ser severos y potencialmente peligrosos, lo que lleva a síntomas como diarrea persistente, dolor abdominal intenso, fiebre alta y deshidratación. En estos casos, el ingreso hospitalario es necesario para administrar terapias intravenosas, controlar los síntomas y prevenir complicaciones.

Obstrucción intestinal: La inflamación crónica puede estrechar las áreas del intestino, lo que puede llevar a una obstrucción intestinal. Si un paciente experimenta obstrucción severa, el ingreso hospitalario es crucial para el manejo y la posible cirugía.

Abscesos o fístulas: Las complicaciones como abscesos (acumulaciones de pus) o fístulas (conexiones anormales entre órganos) pueden requerir cirugía y drenaje, lo que a menudo se realiza en el hospital.

Pérdida de peso grave: Si un paciente ha perdido una cantidad significativa de peso debido a la enfermedad y presenta desnutrición, puede requerir hospitalización para recibir alimentación intravenosa y una evaluación nutricional completa.

Efectos secundarios de medicamentos: Algunos tratamientos inmunosupresores para la enfermedad de Crohn pueden causar efectos secundarios graves, como infecciones o toxicidad. En estos casos, el paciente puede necesitar cuidados hospitalarios especializados.

El ingreso hospitalario permite una atención médica más intensiva y supervisada, lo que puede ser esencial para controlar y tratar los síntomas graves de la enfermedad de Crohn. Es importante que los pacientes y sus médicos trabajen juntos para determinar cuándo es necesario el ingreso hospitalario y buscar el mejor enfoque de tratamiento en función de la gravedad de la situación.

2 Objetivos

Explicar a los compañeros celadores cómo se debe actuar en la atención al paciente ingresado por enfermedad de Crohn.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel del celador en la atención a pacientes ingresados por la enfermedad de Crohn es esencial para garantizar un entorno hospitalario seguro, cómodo y de apoyo. Aunque el celador no tiene formación médica, desempeña un papel fundamental en la logística y el bienestar de los pacientes y el funcionamiento general del hospital.

Traslado y movilización: El celador se encarga de trasladar a los pacientes desde las áreas de admisión a sus habitaciones, así como de ayudar con la movilización cuando sea necesario. Esto puede incluir el uso de camillas o sillas de ruedas.

Asistencia en actividades básicas: Para pacientes con enfermedad de Crohn, es posible que necesiten ayuda con actividades diarias, como levantarse de la cama o ir al baño. El celador brinda apoyo para garantizar su comodidad y seguridad.

Traslado a procedimientos: Cuando un paciente necesita someterse a pruebas médicas o procedimientos, el celador puede ser responsable de llevarlos a la sala correspondiente y asegurarse de que estén preparados.

Transporte de documentos: El celador puede ser responsable de llevar historias clínicas, radiografías y otros documentos entre las diferentes áreas del hospital, asegurando que estén disponibles para el personal médico cuando sea necesario.

Comunicación con el paciente: Aunque el celador no proporciona atención médica, su interacción con los pacientes puede ser reconfortante. Puede responder preguntas básicas, proporcionar información sobre horarios y ayudar a establecer un ambiente amigable y de apoyo.

Mantenimiento del entorno: El celador contribuye a mantener limpias y ordenadas las áreas de los pacientes, lo que es esencial para la prevención de infecciones y el bienestar general.

Seguridad del paciente: El celador está atento a las necesidades de seguridad del paciente, como la prevención de caídas o la identificación de situaciones de riesgo en la habitación.

Colaboración con el personal médico: Trabaja en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes con enfermedad de Crohn.

El celador desempeña un papel esencial en el cuidado y el apoyo de los pacientes

ingresados por la enfermedad de Crohn. Aunque no realiza tareas médicas, su contribución en términos de movilización, comodidad y seguridad es invaluable para garantizar la atención de calidad en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el celador en el trato con pacientes que padecen la enfermedad de Crohn es la empatía y la comprensión. Los pacientes con esta enfermedad pueden experimentar síntomas incómodos y dolorosos, y su bienestar emocional es igualmente importante. Escuchar con atención, mostrar interés genuino por su bienestar y brindar apoyo emocional pueden marcar una gran diferencia en su experiencia hospitalaria.

Además, es importante que el celador esté bien informado sobre la enfermedad de Crohn y sus posibles desafíos. Esto les permitirá responder a las preguntas de los pacientes y sus familias de manera precisa y tranquilizadora. La comunicación efectiva y el trato compasivo son clave para crear un ambiente hospitalario positivo y de apoyo para aquellos que enfrentan esta enfermedad crónica.

6 Bibliografía

1. García, J. A. R. (2023). Celador Angón, Óscar, Entidades Locales y Libertad Religiosa, Editorial Dykinson, 2023, Madrid, 214 pp. REVISTA ELECTRONICA IBEROAMERICANA, 17(1), 209-213.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 659

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

1 Introducción

Un paciente que ingresa por obstrucción intestinal se refiere a una persona que ha sido hospitalizada debido a la presencia de una obstrucción o bloqueo en su tracto gastrointestinal que impide o dificulta significativamente el paso de alimentos, líquidos y desechos a través de los intestinos. Esta condición puede ser el resultado de varias causas, como adherencias postoperatorias, hernias, tumores, inflamación crónica o impactación de materia fecal.

La obstrucción intestinal puede causar una serie de síntomas graves, como dolor abdominal intenso, distensión abdominal, náuseas, vómitos, falta de evacuación intestinal y, en casos más graves, deshidratación y shock. Debido a la gravedad de los síntomas y la posibilidad de complicaciones, como perforación intestinal, el paciente requiere atención médica inmediata y a menudo un ingreso hospitalario.

El tratamiento para un paciente con obstrucción intestinal puede incluir la administración de líquidos y nutrientes por vía intravenosa, el uso de tubos nasogástricos para aliviar la presión en el intestino y, en algunos casos, cirugía para eliminar la obstrucción. El objetivo principal del tratamiento es aliviar la obstrucción, restaurar el flujo normal de alimentos y líquidos, y tratar cualquier causa subyacente. El ingreso hospitalario permite una supervisión constante y la implementación de las medidas necesarias para abordar esta condición médica crítica de manera efectiva.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en la atención al paciente con obstrucción intestinal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador juega un papel fundamental en la atención y el apoyo al paciente ingresado por obstrucción intestinal. Aunque su función principal es ayudar en tareas logísticas y de movilidad en el hospital, su interacción cercana con el paciente puede tener un impacto significativo en su bienestar. Aquí se detallan algunas de las funciones clave del celador en esta situación:

Traslado y movilización: El celador se encarga de trasladar al paciente desde la sala de admisión a su habitación, así como de asistir en su movilización dentro del hospital. Para los pacientes con obstrucción intestinal, la movilidad puede ser limitada debido al dolor y la incomodidad, por lo que el apoyo del celador es esencial.

Comodidad y apoyo emocional: Los pacientes con obstrucción intestinal pueden experimentar un malestar significativo. El celador puede brindar apoyo emocional al ser amable, comprensivo y receptivo a las necesidades del paciente. Escuchar con empatía puede ser reconfortante para el paciente y ayudar a reducir la ansiedad.

Asistencia en actividades básicas: Los pacientes con obstrucción intestinal pueden requerir ayuda adicional en actividades diarias como levantarse de la cama, moverse y usar el baño. El celador está disponible para proporcionar esta asistencia de manera segura y respetuosa.

Coordinación con el personal de enfermería: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería para asegurarse de que las necesidades del paciente se aborden adecuadamente. Esto incluye la coordinación de traslados a procedimientos médicos y la comunicación de cualquier preocupación o solicitud del paciente.

Información y orientación: El celador puede proporcionar información básica sobre la ubicación de las instalaciones y los horarios de visitas, lo que puede ayudar al paciente y a sus familias a sentirse más cómodos en el entorno hospitalario.

Seguridad del paciente: El celador está atento a las necesidades de seguridad del paciente, como la prevención de caídas o la identificación de situaciones de riesgo en la habitación.

Mantenimiento del entorno: Contribuye a mantener limpias y ordenadas las áreas de los pacientes, lo que es esencial para la prevención de infecciones y el bienestar general.

El celador desempeña un papel fundamental en el apoyo logístico y emocional de los pacientes ingresados por obstrucción intestinal. Su presencia y actitud compasiva son esenciales para brindar comodidad y seguridad a los pacientes durante su estancia hospitalaria, lo que contribuye a su recuperación y bienestar general.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial para un buen trato con el paciente ingresado por obstrucción intestinal es demostrar empatía y compasión en todo momento. La obstrucción intestinal puede causar síntomas dolorosos y angustiantes, por lo

que mostrar una actitud amable y comprensiva puede marcar una gran diferencia en su experiencia hospitalaria. Escuchar activamente sus preocupaciones y necesidades, brindar apoyo emocional y responder con paciencia y amabilidad son gestos significativos que pueden ayudar al paciente a sentirse más cómodo y seguro.

Además, es importante que el celador esté bien informado sobre la condición del paciente y esté dispuesto a proporcionar información básica sobre los procedimientos y la logística hospitalaria. La comunicación abierta y efectiva crea un ambiente de confianza que puede aliviar la ansiedad del paciente y contribuir a su recuperación. En resumen, tratar al paciente con obstrucción intestinal con empatía y ofrecer un apoyo compasivo no solo mejora su bienestar emocional, sino que también contribuye a la calidad de la atención médica en su conjunto.

6 Bibliografía

1. García, J. A. R. (2023). Celador Angón, Óscar, Entidades Locales y Libertad Religiosa, Editorial Dykinson, 2023, Madrid, 214 pp. REVISTA ELECTRONICA IBEROAMERICANA, 17(1), 209-213.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 660

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL ENFERMO CON TUBERCULOSIS

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa en el hospital debido a la tuberculosis (TB), se trata de una medida importante para su diagnóstico, tratamiento y aislamiento, ya que la TB es una enfermedad altamente contagiosa. Durante su estancia hospitalaria, se toman varias medidas para garantizar la atención adecuada y la prevención de la propagación de la enfermedad.

En primer lugar, se realiza una evaluación médica exhaustiva para confirmar el diagnóstico de TB y determinar la gravedad de la enfermedad. Los pacientes con TB pulmonar activa a menudo son ingresados para recibir tratamiento directamente observado y para reducir el riesgo de transmisión a otros pacientes y personal hospitalario.

Durante la hospitalización, se administran medicamentos antituberculosos específicos y se supervisa de cerca la respuesta al tratamiento. Los pacientes tam-

bién reciben apoyo nutricional y atención para controlar los efectos secundarios de los medicamentos

La hospitalización proporciona un entorno controlado para asegurar que el paciente siga su tratamiento de manera adecuada y se mantenga aislado hasta que no sea contagioso. El personal de salud toma medidas estrictas de control de infecciones para minimizar el riesgo de exposición a otros pacientes y empleados. La duración de la hospitalización varía según la gravedad de la TB y la respuesta al tratamiento, pero el objetivo principal es asegurar que el paciente reciba atención médica adecuada y que la enfermedad se controle de manera efectiva. La TB es una enfermedad que requiere un tratamiento a largo plazo, y el apoyo médico y emocional durante la hospitalización es fundamental para el bienestar del paciente y la prevención de la propagación de la enfermedad en la comunidad.

2 Objetivos

Explicar las funciones del celador en su intervención con pacientes ingresados en el hospital por la enfermedad de la tuberculosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel del celador en la atención a un enfermo con tuberculosis (TB) ingresado en el hospital es de gran importancia para garantizar la seguridad del paciente y prevenir la propagación de la enfermedad en el entorno hospitalario. Aquí se describen algunas de las funciones clave del celador en esta situación:

Aislamiento y control de infecciones: El celador desempeña un papel fundamental en garantizar que se sigan estrictamente las medidas de control de infecciones para prevenir la propagación de la TB. Esto incluye asegurarse de que el paciente

esté en una habitación de aislamiento adecuada y que se cumplan todas las precauciones de contacto, gotas y aire. También puede ser responsable de garantizar que el personal y los visitantes cumplan con los procedimientos de aislamiento.

Apoyo emocional y bienestar del paciente: Los pacientes con TB pueden enfrentar un período de hospitalización prolongado y estrés emocional debido a la naturaleza contagiosa de la enfermedad. El celador puede proporcionar apoyo emocional al paciente a través de una presencia amable y comprensiva, escuchando sus preocupaciones y necesidades, y ayudando a mantener un entorno de hospitalización lo más cómodo posible.

Asistencia en la movilidad: Los pacientes con TB pueden experimentar debilidad y fatiga debido a la enfermedad y su tratamiento. El celador puede ayudar en la movilización del paciente, como ayudarlos a levantarse de la cama o moverse por la habitación, garantizando su comodidad y seguridad.

Coordinación con el personal médico: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico para asegurarse de que las necesidades del paciente se aborden adecuadamente. Esto incluye coordinar los traslados del paciente a procedimientos médicos y ayudar en la comunicación entre el paciente y el equipo médico.

Mantenimiento del entorno: Contribuye a mantener limpias y ordenadas las áreas de los pacientes con TB, lo que es esencial para la prevención de infecciones y el bienestar general del paciente.

Educación y prevención: Puede participar en la educación del paciente sobre las medidas de prevención de la TB y las pautas de cumplimiento del tratamiento para ayudar a prevenir futuras infecciones y asegurar una recuperación exitosa.

El celador en la atención a un paciente con TB desempeña un papel crucial en el control de infecciones, el apoyo emocional y la comodidad del paciente, así como en la coordinación de la atención médica. Su contribución es fundamental para garantizar la atención segura y efectiva de pacientes con una enfermedad altamente contagiosa como la TB.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen trato del paciente con tuberculosis (TB) ingresado es demostrar empatía y comprensión en todo momento. La

TB puede ser una enfermedad emocionalmente desafiante debido a su naturaleza contagiosa y el período de hospitalización prolongado que a menudo implica. El celador puede marcar la diferencia al mostrar una actitud cálida y respetuosa, escuchar activamente las preocupaciones del paciente y brindar apoyo emocional. Recordemos que estos pacientes pueden sentirse aislados y preocupados por su salud y la de sus seres queridos.

Además, es importante que el celador esté bien informado sobre la TB y sus precauciones de control de infecciones. Esto les permite comunicar claramente las medidas preventivas, tranquilizar al paciente y asegurarse de que se sigan los procedimientos de aislamiento adecuados. La comunicación efectiva y la empatía contribuyen significativamente al bienestar emocional del paciente y ayudan a crear un ambiente hospitalario de apoyo durante su tratamiento y recuperación de la TB.

6 Bibliografía

1. García, J. A. R. (2023). Celador Angón, Óscar, Entidades Locales y Libertad Religiosa, Editorial Dykinson, 2023, Madrid, 214 pp. REVISTA ELECTRONICA IBEROAMERICANA, 17(1), 209-213.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.